PAŹDZIERNIK 1924 R. ROK XIX

KRONIKA DENTYSTYCZNA

ORGAN

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ ORAZ SPRAWOM ZAWODOWYM

Redaktor i wydawca: Lekarz dentysta M. Krakowski.

Cena ogłoszeń jednorazowych: cała strona 50 zł.; ½ str. 25 zł., ¼ str. 13 zł. Klisze do rysunków dostarcza firma. Za treść działu ogłoszeń redakcja nie odpowiada.

Rękopisów (wszelkiej treści) powinny być pisane wyraźnie (z pozostawieniem marginesu) po jednej stronie półarkusza. Rękopisów redakcja nie zwraca. Koszt klisz i odbitek obciąża honorarjum. O wszelkich zmianach adresów redakcja powinna być powiadamiana zawczasu. Prace, przysłane do redakcji bez odnośnej uwagi co do piatności, uważane są za bezpłatne. Listy do redakcji mogą być drukowane z podaniem obranego przez autora pseudonimu, właściwie jednak nazwisko i adres tegoż muszą być zakomunikowane redakcji.

WARSZAWA

Redakcja i administracja: Rymarska Nr. 8. Tel. 170-26.

CENA ZESZYTU ZŁ. 3.

DLA STUDENTÓW DENTYSTYKI — ZŁ. 2.

Druk W. Maślankiewicz i F. Jabczyński, Nowogrodzka № 17.

PROSIMY O NIEWYPOŻYCZANIE ZESZYTÓW

PROSIMY O NIEWYPOŻYCZANIE ZESZYTÓW

PAZDZIERNIK 1924 R. ROK XIX

KRONIKA DENTYSTYCZNA

ORGAN
POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ ORAZ SPRAWOM ZAWODOWYM

Z Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie

Zasady wyjmowania korzeni zębów dźwigniami przy specjalnem uwzględnieniu nowych form dźwigni.

Podał
Dr. med. Alfred Meissner
Kierownik oddziału chirurgiczno-stomatologicznego
Państw. Inst. Dent. w Warszawie.

Dźwignia—jest to jednoramienny przyrząd do wyjmowania zębów, składający się z rękojeści, trzonu i dzioba. Budowa poszczególnych części dźwigni zależna jest od tego, do jakich celów dana dźwignia służy.

Istota wyjmowania zębów dźwigniami polega na tem, że dźwignia, działając jako przyrząd jednoramienny, albo wypycha ząb z zębodołu, albo wyważa, albo też wyłuska ząb podobnie, jak łyżeczka (1).

Literatura opisuje znaczną ilość najróżnorodniejszych form dźwigni (Nessel, Bücking, Serre, Lecluse, Maure, George, Thompson, Vajna, Loos, Schlemmer) (2).

W czasach średniowiecznych przy wyjmowaniu zębów posługiwano się prawie wyłącznie dźwigniami, w nieznacznej tylko mierze kleszczami (Bücking, Hirsch, Linderer) (3).

W stomatologji nowoczesnej zwolennicy wyjmowania zębów systemem amerykańskim, jak Scheff, Bein, Berten, Cieszyński (4), posługują się dźwigniami w większej mierze, niż zwolennicy systemu Partscha. Podczas gdy Berten, Cieszyński stosują dźwignie tak w górnej szczęce, jak i dolnej, Partsch (5) i Williger (6) wyjmują zęby górnej szczęki dźwigniami w wyjątkowych tylko przypadkach.

Dźwignie więc, jako narzędzia do wyjmowania korzeni zębów, odgrywają w nowszych czasach drugorzędną rolę. Pierwsze miejsce zajmują kleszcze.

Wobec powyższego stosowanie dźwigni do wyjmowania korzeni zębów uzależnione jest od granic możliwości wyjmowania zębów kleszczami.

Nierównomierność stosowania dźwigni w stomatologji nowoczesnej spowodowana jest tem, że kleszcze różnych typów i systemów przemagają trudności przy wyjmowaniu zębów w nierównej mierze.

Z dwóch systemów wyjmowania zębów kleszczami system uchwycenia kleszczy z góry (Partsch) umożliwia wyjęcie zęba w tych jeszcze przypadkach, w których system uchwycenia kleszczy z dołu (Scheff, Berten) zawodzi. Różnica ta spowodowana jest większą łatwością wtłoczenia kleszczy wzdłuż zęba przy uchwyceniu kleszczy z góry. Wobec tego wskazania do posługiwania się dźwigniami przy uchwyceniu kleszczy z dołu będą częstsze, aniżeli przy uchwyceniu kleszczy z góry.

Wskazania do stosowania dźwigni w niemniejszej mierze są uzależnione od anatomicznej budowy szczęk, a w szczególności wyrostka zębodołowego.

Ponieważ ściana policzkowa zębodołu górnej szczęki jest cienka, końce dzioba kleszczy dadzą się łatwo wtłoczyć pomiędzy zębodół a ząb, mianowicie, przy uchwyceniu kleszczy z góry, zęby więc i korzenie zębów górnej szczęki usuwać można za pomocą kleszczy prawie we wszystkich przypadkach i w najtrudniejszych nawet warunkach. W tych wyjątkowych przypadkach, w których kleszcze nie zdołają usunąć zęba z górnej szczęki, np. wskutek głębokiego odłamania korzenia, użycie dźwigni również będzie bezskuteczne. Dłuto lub świder łatwo zakończą tu wyjęcie zęba.

Budowa wyrostka zębodołowego przedniej okolicy i bocznych części żuchwy odpowiada naogół warunkom anatomicznym górnej szczęki; wobec tego kleszcze są wyłącznem narzędziem do wyjmowania również przednich i bocznych zębów dolnej szczęki.

Natomiast budowa żuchwy w okolicy trzonowców, mianowicie, grubość ścian zębodołu, uniemożliwia w niektórych przypadkach stosowanie kleszczy do wyjmowania korzeni dolnych trzonowców. W tych razach dźwignia jest niezbędnem i nieocenionem narzędziem do wyjmowania korzeni tych zębów, bowiem jedynie dłutowanie zdoła zastąpić stosowanie dźwigni i wyjąć korzeń zęba w tych przypadkach, w których kleszcze zawodzą. Jednak ruchliwość dolnej szczęki, grube zbite warstwy ścian żuchwy, otaczające korzenie dolnych trzonowców, niekorzystne warunki oświetlenia pola operacyjnego, stale napływająca i przeszkadzająca ślina, wreszcie trudny dostęp do tych zębów wskutek oddalenia ich od otworu ust, przyczyniają się do tego, że dłutowanie w tych okolicach należy do zadań dosyć mozolnych.

Uszczuplone w ten sposób i ograniczone wskazania do wyjmowania zębów dźwigniami przyczyniają się do zmniejszenia ilości dźwigni, koniecznie potrzebnych do wyjmowania zębów względnie ich korzeni.

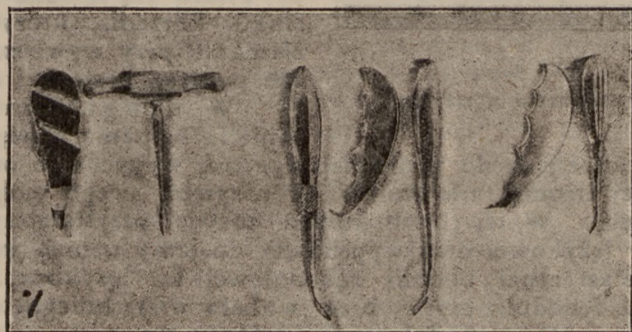
Ze znacznej ilości znanych dźwigni (7, 8) dwie formy dźwigni — dźwignie korzeniowe (kozia stópka, dźwignia Thompsona) oraz jedna dźwignia do wyjmowania w niektórych przypadkach zęba mądrości (dźwignia Leclusa) wystarczają, mojem zdaniem, w zupełności do wyjmowania korzeni dolnych trzonowców względnie zęba mądrości we wszystkich tych przypadkach, w których użycie dźwigni jest wogóle wskazane.

Budowa dotychczas znanych dźwigni nie zawsze jest celowo dostosowana do potrzeb, wynikających z użycia ich w jamie ustnej. U prze-

ważającej ilości form dźwigni, a więc i u trzech wymienionych form długość trzonu jest nadmierna, rękojeść niedostatecznie dostosowana do dłoni. Niewłaściwa budowa dźwigni ma dlatego tę wadę, że pozbawia operującego pewności przy uskutecznianiu zabiegów temi narzędziami oraz naraża pacjenta na zranienie podczas możliwego zsunięcia się dźwigni z zęba.

Wobec powyższego wprowadziłem przy niżej uwzględnionych formach dźwigni pewne zmiany, a mianowicie, starałem się skrócić trzon dźwigni oraz nadać rękojeści formy, uwzględniającej właściwie praktyczną stronę dźwigni.

Dzięki nowej formie dźwigni zmienia się sposób uchwycenia jej. Podczas gdy przy dotychczasowem uchwyceniu dźwigni wskaźnik (Preiswerk) spoczywał na dźwigni, nie ujmując jej, przy nowym typie dźwignia spoczywa całkowicie w dłoni, ujęta wszystkiemi palcami. Przez takie uchwycenie operujący zyskuje większą siłę w dłoni, przyczem krótkość trzonu dźwigni wpływa korzystnie na pewność w przeprowadzeniu zabiegu.



a b a c b a b
I II III

Rys. 1.

I a — kozia stópka
b — dźwignia prosta (nowa forma)
II a-c — dźwignia Vajna (lewa i prawa)
b — „ łyżeczkowata (nowa forma)
III a — dźwignia Lecluse
b — „ bagnetowa (nowa forma)

Jedna z tych dźwigni do wyjmowania korzeni (dźwignia korzeniowa), t. zw. kozia stópka lub dźwignia prosta, jest zbudowana w ten sposób, że trzon i rękojeść mają wspólny kierunek, dziób jest wygięty pod kątem rozwartym, zaopatrzony w wyżłobienie, zwrócone do zęba.

Trzon przy dotychczas znanych formach tejże dźwigni jest dłuższy, aniżeli szerokość jamy ustnej. Przy takiej budowie dźwigni zranienie języka lub policzka może się zdarzyć łatwo. To też możliwość skaleczenia pacjenta jest poważną wadą tego narzędzia.

Istota stosowania tylko co wzmiankowanej dźwigni polega na wyważeniu korzenia zęba z zębodołu przez ucisk, skierowany poprzecznie

do podłużnej osi korzenia w kierunku od strony policzkowej ku językowej. Stosowanie tej dźwigni w kierunku odwrotnym, czyli od strony językowej ku policzkowi, nie jest prawidłowe, nie tylko ze względu na trudności, wynikające z warunków anatomicznych skośnego położenia zęba w stosunku do szczęki i budowy szczęki, lecz przedewszystkiem ze względu na niebezpieczeństwo skaleczenia policzka w razie zsunięcia się dźwigni z zęba.



Rys. 2.
Dźwignia prosta w użyciu.

Zabieg wyjęcia korzenia zęba za pomocą tej dźwigni składa się z dwóch momentów:

1) nałożenia dźwigni,
2) zwichnięcia korzenia.

W pierwszym momencie dźwignia spoczywa na wierzchniej części korzenia, możliwie ponad wyrostkiem zębodołowym, po stronie policzkowej, poprzecznie do podłużnej osi zęba. Miejsce przyczepu dźwigni winno się mieścić na takim odcinku korzenia, któryby nie uległ złamaniu przy wywieraniu ucisku na ząb podczas następnej fazy.

W drugim momencie zwichnięcia korzenia dźwignia, opierając się o ząb poprzecznie do podłużnej jego osi, wypycha go od policzkowej ku językowej stronie, nie zmieniając przytem swego położenia w stosunku do zęba. W tej chwili korzeń zostaje przytłoczony do przeciwległej ściany językowej oraz wypchnięty do jamy ustnej, po odchyleniu językowej elastycznej blaszki zębodołowej ku językowi. Ząb podczas wysunięcia z zębodołu czyni obrót wokoło wierzchniego brzegu językowej ściany wyrostka zębodołowego, poddając się uciskowi dźwigni, działającej w górnym odcinku zęba.

Niekiedy zwichnięty ząb pozostaje jeszcze w jamie ustnej przyczepiony do miękkich części, do dziąsła ze strony językowej, w pozycji leżącej. Usunięcie zęba pincetą Albrechta, Kochera, Peana kończy w tych razach zabieg.

Stosowanie tejże dźwigni wskazane dalej jest w przypadkach, gdy przy korzeniach dolnych trzonowców użycie kleszczy jest niemożliwe wskutek braku lub odłamania językowej ściany zęba, podczas gdy policzkowa pozostała ściana, dając w ten sposób dostateczne miejsce dla przyczepu tejże dźwigni.

Jeżeli dźwignia ta bywa naogół stosowana również w górnej szczęce i nawet w kierunku do policzka, to użycie takie nie jest prawidłowe, jako nie oparte na podstawie naukowej. Grubość, zbitość i wysokość brzegu podniebiennego wyrostka zębodołowego górnej szczęki oraz językowej blaszki zębodołowej dolnej szczęki w obrębie przednich i bocznych zębów tłumaczą, dlaczego stosowanie tej dźwigni nie jest wskazane w tych okolicach. Wyważenie zęba w kierunku języka z konieczności napotyka w tych okolicach na trudności, często niepokonalne ze względu na to, że miejsce przyczepu dźwigni ze strony policzkowej

znajduje się niżej krawędzi językowej, nad którą i wokoło tej ząb zostaje wyważony, oraz wskutek grubości i zbitości tej ściany, nie pozwalającej na odchylenie się jej pod uciskiem działającej dźwigni.

Dźwignia t. zw. kozia stópka winna być zastosowana do wyjmowania korzeni wyłącznie dolnych trzonowców, nie zaś do wyjmowania wszystkich zębów obu szczęk bez względu na ich umiejscowienie (według szkoły Bertena, Cieszyńskiego), ani przy wyjmowaniu korzeni dolnych zębów wogóle, również siekaczy i dwuguzkowców (według szkoły Partscha i Willigera).

Nadając tej dźwigni nowy kształt, połączyłem rękojeść z dziobem za pomocą krótkiego trzonu. Dzięki tej modyfikacji zranienie języka w razie zsunięcia się dźwigni podczas zabiegu, lub po zwichnięciu korzenia, nie jest możliwe. Podczas gdy kształt dzioba dotychczasowej dźwigni oraz dziób dźwigni typu niżej podanego ma naogół kształt jednakowy, rękojeść dźwigni nowego typu jest zmieniona o tyle, że ma kształt bardziej dostosowany do dłoni (rys. 1 a—b).

Druga dźwignia korzeniowa posiada formę łyżeczki, u której rękojeść, odpowiadająca swoją długością szerokości dłoni, ma wspólny kierunek z długim trzonem (Thompson, Vajna). Dziób tej dźwigni ma kształt łyżeczki i jest wygięty pod rozwartym kątem. Ponieważ dziób zwrócony jest tylko ku jednej stronie, bywa ona używana w dwóch odmianach, różniących się pod względem kierunku odchylenia. Długość trzonu tej dźwigni jest tak znaczna, że, położona poprzecznie w jamie ustnej, jest znacznie większa od szerokości jamy ustnej, to też zranienie nie tylko języka, lecz i przeciwległego policzka w razie zsunięcia się dźwigni podczas zabiegu wyjęcia zęba może przyczynić się do znaczniejszych, niejednokrotnie nawet groźnych obrażeń.

Istota stosowania dźwigni łyżeczkowatej polega na wyważaniu korzeni dolnych trzonowców w przypadku, gdy jeden z tych korzeni został wyjęty albo za pomocą kleszczy, lub też za pomocą t. zw. koziej stópki, zaś wyjęcie drugiego korzenia tymże sposobem napotyka na trudności (rys. 3).

Zabieg wyjęcia korzenia dźwignią łyżeczkowatą składa się z dwóch momentów:

1) wtłoczenia dźwigni do zębodołu,

2) zwichnięcia korzenia.

W pierwszym momencie dźwignia, ujęta całą dłonią, podobnie jak dźwignia prosta, zostaje wtłoczona dziobem do próżnego zębodołu po wyjętym jednym korzeniu, zazwyczaj korzeniu dystalnym dolnych trzonowców, przyczem wydrążona strona dzioba, czyli łyżeczka, jest zwrócona do pozostałego korzenia.



Rys. 3.
Dźwignia łyżeczkowata w użyciu.

W drugim momencie dźwignia zostaje skierowana do drugiego korzenia, tkwiącego jeszcze w zębodole, celem uzyskania przy ścianie jego miejsca przyczepu. Zależnie od tego, czy gąbczasta przegroda między-

korzeniowa jest zachowana, czy też nie, w pierwszym przypadku dźwignia, kierując się do korzenia, stara się przedrzeć przez przegrodę korzeniową, niszcząc ją, w innym razie dostęp dźwigni do ściany zęba jest wolny. Opierając się o dośrodkową, względnie odśrodkową ścianę korzenia, dźwignia wysuwa korzeń zęba ruchem łyżeczki w kierunku podłużnej, zakrzywionej ku tyłowi jego osi, ku górze i ku tyłowi. Przytem dźwignia, wyważająca przedni korzeń zęba, ma miejsce przyczepu przy odśrodkowej ścianie korzenia, a dźwignia, wyważająca tylny korzeń zęba, a spoczywająca w zębodole przedniego zęba, ma miejsce przyczepu przy dośrodkowej ścianie korzenia.

Dźwignia łyżeczkowata jest naogół stosowana nieprawidłowo ze względu na niejednolite wskazania. Starania, dążące do wtłoczenia tej dźwigni pomiędzy wyrostek zębodołowy a korzeń (Jung, Klatt), oraz starania o uzyskanie oparcia o sąsiedni ząb, nie są wskazane. Przy takiem stosowaniu dźwignia, spoczywająca na nierównej powierzchni zębodołu, nie ma dostatecznego miejsca przyczepu, nie działa wskutek tego prawidłowo, naraża przytem pacjenta na zranienie przez zsunięcie się z zębodołu. Wskazania do stosowania tej dźwigni są ściśle określone. Dźwignia ta, mojem zdaniem, winna być stosowana tylko wówczas, gdy przy dolnych trzonowcach jeden korzeń został usunięty, a stosowanie kleszczy, lub dźwigni prostej przy usunięciu drugiego korzenia, jest trudne lub niemożliwe.

Dążąc do usunięcia wad tej dźwigni, wynikających z nadmiernej długości trzonu, połączyłem rękojeść z dziobem za pomocą krótkiego trzonu, przytem dźwignię tę zaopatrzono w rękojeść, jaką posiada wyżej opisana dźwignia prosta (kozia stopka) Pozatem nowy model tej dźwigni zaopatrzony jest w dziób, zwrócony wyżłobieniem zamiast ku jednej stronie ku obu stronom, przez to użycie tej samej dźwigni jest możliwe tak w jednym, jak i w drugim kierunku (ku lewej i prawej stronie, dośrodkowo i odśrodkowo).

Przy prawidłowym sposobie użycia dźwignia ta przedstawia nieocenione narzędzie do pewnego i szybkiego wyjmowania głęboko tkwiących korzeni w tych przypadkach, gdy jeden z nich został już wyjęty (rys. 1 II).

Poza wyżej podanemi dwiema dźwigniami korzeniowemi jedna tylko dźwignia ma zastosowanie przy wyjmowaniu całych zębów, mianowicie dźwignia Leclusa do wyjmowania zęba mądrości.

Dźwignia bagnetowa składa się z rękojeści, bagnetowo odchylonego trzonu i dzioba. Dziób ma kształt przeciętego podłużnie stożka Trzon jest większej długości, podobnie jak przy dźwigniach Thompsona, Vajny, Scheffa. Rękojeść jest umocowana poprzecznie do trzonu. Użycie tej dźwigni naraża pacjenta na zranienie języka, gardzieli, policzka wskutek niezmiernej długości trzonu przez zsunięcie się jej podczas zabiegu.

Istota wyjęcia zęba mądrości dźwignią bagnetową polega na wyważeniu zęba w kierunku jego wygiętej ku tyłowi osi podłużnej przez to, że dźwignia, wprowadzona w ruch obrotowy wokoło osi jej trzonu i oparta o tylną ścianę drugiego trzonowca, znalazła miejsce przyczepu przy przedniej ścianie zęba mądrości, wysuwając go z zębodołu ku górze i ku tyłowi (rys. 4).

Zabieg wyjęcia zęba mądrości składa się z dwóch momentów:

1) wtłoczenie dźwigni,
2) zwichnięcia zęba.

W pierwszym momencie dźwignia zostaje wtłoczona pomiędzy ząb mądrości a drugi trzonowiec w kierunku od strony policzkowej ku językowej w ten sposób, że płaska strona dzioba jest zwrócona do zęba mądrości, wypukła strona — do drugiego trzonowca. Dziób spoczywa pomiędzy szyjkami obu zębów, usuwając brodawki dziąsłowe ku dołowi.



Rys. 4.
Dźwignia bagnetowa w użyciu

W drugim momencie dźwignia zostaje wprowadzona w ruch wokoło osi trzonu. Podczas tego ruchu dolny brzeg płaskiej strony dzioba znajduje miejsce przyczepu przy środkowej ścianie zęba mądrości, względnie przy jego szyjce, dodczas gdy wypukła strona dzioba przesuwa się, opierając się o tylną ścianę sąsiedniego zęba. Wskutek tego ruchu ząb zostaje wysunięty z zębodołu ku górze i tyłowi.

Wyjęcie zęba mądrości dźwignią Leclusa (bagnetową) wskazane jest, gdy drugi trzonowiec jest zachowany. Jedynie bowiem obecność tego zęba umożliwia prawiłowe działanie dźwigni.

Dążąc do usunięcia wad dotychczas znanych form dźwigni Leclusa wskutek nadmiernej długości trzonu, zbudowałem nową formę dźwigni do wyjmowania zęba mądrości, przy której rękojeść oddzielona jest od dzioba jedynie przez bagnetowo wygięty, szeroki odcinek, zaś rękojeść ma równy kierunek z podłużną osią dzioba.

Podczas gdy wyjęcie zęba mądrości kleszczami jest niejednokrotnie mozolne, a częstokroć niemożliwe wskutek szczękościsku, towarzyszącemu procesowi zapalnemu, pochodzącemu z zęba mądrości, lub też wskutek wybitnego odchylenia korzeni zęba mądrości ku tyłowi, albo też wskutek niedostatecznego wyrznięcia się tego zęba, we wszystkich tych razach wyjęcie zęba mądrości dźwignią Leclusa jest niejednokrotnie nadzwyczaj łatwe i proste. Dźwignia ta jest dlatego tak ważnym, nieocenionem narzędziem, że, umożliwiając wyjęcie zęba mądrości nawet w nader trudnych warunkach, ogranicza w znacznej mierze dłutowanie w tej okolicy — zabieg w tem miejscu trudny i mozolny.

Zazwyczaj wyjmowanie zęba odbywa się tak łatwo, że żaden sposób wyjmowania zęba mądrości zastąpić dźwigni nie może. Wyjmowanie zęba mądrości dźwignią jest zwykłym, rzec można, typowym sposobem wyjmowania zęba mądrości.

Wyjmowanie korzeni zębów dźwigniami towarzyszą przygotowania, jakie są konieczne do zabiegów chirurgicznych, względnie do zabiegów wyjmowania zębów kleszczami (9), a więc: przygotowanie narzędzi, bielizny, pacjenta, pozycja lekarza. Obok chwytu prawej ręki, polegającego na uchwyceniu odpowiedniej dźwigni całą dłonią, lewa ręka spełnia ważne swoje zadanie, chwytając dolną szczękę pacjenta pierwszym i drugim

palcem w ten sposób, jak przy wyjmowaniu zębów kleszczami. Jedynie pozycja lekarza przy wyjmowaniu zębów dźwigniami różni się od pozycji lekarza przy wyjmowaniu zębów kleszczami; podczas gdy przy wyjmowaniu zębów dolnej szczęki kleszczami lekarz staje po lewej stronie pacjenta, przy wyjmowaniu zębów dźwigniami lekarz staje po tej stronie, po której odbywa się zabieg.

Postępowanie przy wyjęciu zęba dźwignią nie różni się niczem od postępowania po wyjęciu zęba kleszczami. Ucisk dwóch palców lewej ręki, przytrzymujących wyrostek zębodołu z policzkowej i językowej strony, nałożenie sterylizowanego tamponu kończą zabieg wyjęcia zęba dźwignią.



Rys. 5.

3 rodzaje nowych dźwigni.

Dźwignie odgrywają ważną rolę przy wyjmowaniu zębów, są one bowiem dla lekarza nieocenionem narzędziem w przypadkach, w których stosowanie kleszczy jest niemożliwe, oraz chronią tak pacjenta, jak lekarza, przed mozolnym zabiegiem dłutowania — ostatecznym sposobem wyjmowania zębów.

Wprowadzenie nowych form dźwigni, usuwających ujemne strony dotychczas znanych, uprzystępnia systematyczne wyjmowanie zębów dźwignią we wszystkich tych przypadkach, w których stosowanie ich jest wskazane.

PIŚMIENNICTWO.

1) Cieszyński A. Technika ekstracyjna w trudniejszych przypadkach; zastosowanie dźwigni prostej. Kronika Dentystyczna 1908.

2) Scheff. Handbuch der Zahnheilkunde. II Band, 2 Abteilung 1910 str. 150-172.

3) Scheff. Handbuch der Zahnheilkunde. II Band, 2 Abteilung 1910 str 160.

4) Klatt. Die Entfernung der Zähne. 1922.
5) Partsch C. Handbuch der Zahnheilkunde II Band. 1917.
6) Williger F. Zahnärztliche Chirurgie. I Band. 1911.
7) Mayrhofer B. Die Praxis der Zahnextraction 1922.
8) Hille A Zahnärztliche Instrumentenlehre. 1922
9) Meissner A. Nowy typ kleszczy umożliwiający jednolity sposób wyjmowania zębów. Kronika Dentystyczna № 8 1923.

Dział sprawozdawczy.

1) Gollop. **Leczenie ropocieku zębodołowego światłem i promieniami Roentgena** (Z-che R. II/V r. 33).

Istota ropocieku zębodołowego jest po dziś dzień niewyjaśniona. Istnieje wiele różnych teorii, dążących do wyjaśnienia przyczyny częstej i uciążliwej tej choroby. W niezliczonych pracach światowej literatury fachowej wielu badaczy wskazuje na rożne przyczyny miejscowe i ogólne, rozprawia obszernie o rozpoznawaniu tychże z małą korzyścią dla praktyka, mącąc umysły na niekorzyść całej sprawy. Młodszy praktyk zwłaszcza, przeczytawszy nawet część piśmiennictwa, traktującego o tej chorobie, choćby tylko powojennego, nie jest w stanie się orjentować. Praktyk, pozostawiając na uboczu sprawę przyczyn choroby, ma przystąpić do leczenia po starannem zbadaniu, aby wstrzymać dalszy jej rozwój i ostatecznie wyleczyć ją. Uczyniwszy to, zrobi wszystko, czego można żądać od niego, jako od lekarza-specjalisty. Wyleczenie jest mozliwe i osiąga się je dosyć często za pomocą prostych metod, dawno znanych, opartych na sposobie zachowawczym. Początkujący praktyk powinien zarzucić wszelkie przesądy i uprzedzenia, dotyczące radykalnych sposobów, pozbyć się wszelkiej myśli o przesadnych i sztucznie tworzonych teorjach, dotyczących istoty tej choroby i jej leczenia.

W ostatnich latach kilku autorów zachęca do chirurgicznego leczenia ropocieku, przyczem nie odmawiają oni racji i dawniejszemu leczeniu, które polega na mechanicznem czyszczeniu, zdjęciu kamienia, złogów, usunięciu ziarniny i cząsteczek obumarłego wyrostka zębodołowego, następnie na chemicznem traktowaniu procesu, poczem pozostałą tkankę ziarninową przyżega się, np. według Joungera kwasem mlecznym.

Gdy do celów terapji naszej przed wojną światową wprowadzono leczenie światłem i promieniami Roentgena, spodziewaliśmy się od niej wiele dobrych wyników. Finzen, Kromayer i nasi rodacy, doc. Zilz i lek. wojskowy Dobrzyniecki w Wiedniu, pracowali w tej dziedzinie i komunikowali światu o pomyślnych wynikach stosowania tej terapji. Posługiwali się oni lampą krzemową (Quarzlampe) i lampą łukową. Przypadek zrządził, iż po zdjęciu promieniami Roentgena, celem rozpoznania pewnej choroby, ropociek zębodołowy, którym pewien pacjent jednocześnie był dotknięty, doznał znacznego polepszenia. Ponieważ do obecnej chwili niema zupełnie odpowiedniego przyrządu Roentgena do celów stomatologicznych, zdawało się, że promienie te nie znajdą

zastosowania w dentystyce, raczej tylko w djagnostyce, aniżeli w terapji. A że doświadczenie nas uczy, iż i w ogólnej medycynie promienie R. stosowano długi czas wyłącznie przy rozpoznawaniu chorób, a później dopiero do celów leczniczych, należy mieć nadzieję, iż z czasem promienie R. zajmą ważne miejsce również w leczeniu chorób zębów i jamy ustnej, a zwł. ropocieku zębodołowego.

Fränkel, stosując promienie rentgenowskie w ginekologji, skonstatował polepszenie przy zaniku kości, tworzenie się nowych komórek przy pomocy dawek drażniących (Reizdosen).

Gollop tedy słusznie wnioskuje, że gdy zanik wyrostków zębodołowych (atrophie aleveolaris) nie posunął się zbyt daleko, można będzie osiągnąć przy pomocy filtrowanych promieni drażniących bujanie i rozplem komórek oraz kostnienie wyrostka, przyczem ropienie ustaje, a rozchwiane zęby wzmacniają się

Posch i Knauscharek w swej rozprawie p. t. „Roentgentherapie in der Zahnheilkunde“ traktują o tem obszerniej, przyznają atoli, że bezpośrednie naświetlanie jest niemożliwe, że tylko za pomocą promieni wtórorzędnych, działających również miejscowo, osiągnąć można pomyślny wynik. Wprowadzając płyteczki metalowe do komory miazgowej i kanałów, wywołujemy działanie promieni wtórnych.

Większą nadzieję wzbudziło wprowadzenie radu do terapji (alfa, beta, gama—promienie). Ostatnie, gama—promienie, przenikają najsilniej nawet płytę ołowianą grubości 1 cm, również ciało ludzkie.

Przypadek naprowadził pewnego lekarza do zastosowania tych promieni w zębolecznictwie. W Joachimstalu (Czechy) lekarz kąpielowy Dautritz leczył chorą na reumatyzm radem, przyczem rozluźniony trzonowiec, który przedtem długu i bezskutecznie leczono, podczas tej kuracji, zrósł się z zębodołem.

Stomatolodzy nie zwrócili wówczas uwagi na tę publikację, i stąd to pochodzi, że pierwszeństwo oddano Traunerowi (Gratz) i Levy'emu (Berlin), który pierwszy mówił o t. z. Radiumemanationstherapie (leczenie emanacją radu) Przy rozpadnięciu się atomu radu tworzy się gazowy wytwór, rozpuszczalny w wodzie. Ważne jest działanie promieni radowych z zewnątrz.

Stosuje się promieniowanie w ustach przy pomocy rureczek szklanych, o cienkich ścianach, zawierające sole radowe, również za pomocą kapsułek radowych, tubek kauczukowych, lub rureczek srebrnych, złotych, ołowianych, glinowych, kauczuku wulkanizowanego i t. p. Na tem polu pracowali szczególnie Mamlok, Trauner, Eisex, Gollop i inni; mieli oni osiągnąć dobre wyniki nawet u cierpiących na moczówkę.

Doświadczenia, przedsiębrane radem, pochodzą z okresu ostatniego dziesięciolecia, podczas gdy leczenie prądem o wysokiem napięciu jest dawniejsze. Już w r. 1878 fizjolog d'Arsonval wprowadził je do lecznictwa, w stomatologji zaś stosowane są od czasu, gdy Langsdorffowi udało się skonstruować nadający się do tego przyrząd. Zilz, Neumann, Eisex i inni zasłużyli się, dzięki wprowadzeniu do terapji tej do celów chorób zębów i jamy ustnej, zalecając odpowiednie elektrody.

Leix określa w „Grundzüge der Zahnärztlichen Elektrotherapie und Roentgenologie” podany przez wzmiankowanych autorów sposób

leczenia, jako bardzo skuteczny, a zwł. prof. Apfelstädt (Monachjum) komunikuje o pomyślnych wynikach leczenia ropocieku.

Eisex zbudował i zastosował elektrody, przylegające dokładnie i ściśle do dziąseł, promieniejące w głębi kieszonki dziąsłowej.

Posiedzenia odbywają się co 2 lub 3 dzień i trwają 20 minut. Leczenie wymaga 15—20 posiedzeń. Osiągnięte wyniki nie były atoli tak zadowalniające, jak przy leczeniu radem.

Z omówionej pracy Gollopa widzimy, że żadna z terapji promieniami i światłem sama przez się nie prowadzi do celu w leczeniu ropocieku zębodołowego.

Czy jesteśmy zwolennikami jednego lub drugiego rodzaju promieni leczniczych, zawsze jednak będziemy zmuszeni stosować równocześnie lub następnie leczenie miejscowe, mechaniczne i chemiczne

Czy podane w ostatnich miesiącach chirurgiczne postępowanie jako takie bez pomocniczych wyżej wspomnianych środków rzeczywiście doprowadzi do pożądanego celu, o tem pouczy nas przyszłość.

Dr. med. E. Friedlender (Drohobycz).

2) Roy M. prof. (Paryż). **Zmiany patologiczne miazgi w przebiegu ropocieku zębodołowego** (L'Odontologie z. 2 r. LX).

Zmiany powyższe podzielić można na 3 grupy: 1) przeczulica miazgi (hyperaesthesia pulpae), 2) zap. miazgi wsteczne (pulp. retrogradis), 3) zap. m. odżywczo naczyniowe (pulp. tropho vesicularis).

Przeczulica miazgi (nadwrażliwość). Zdaniem Józefowicza, miazga zębów, objętych ropociekiem zębodołowym, znajduje się w stanie zapalnym Tem się tłumaczy nadwrażliwość miazgi zębów ropociekowych, nie zaś często uważana przyczyna tego zjawiska—obnażenie części korzenia. Ostatnie bez wątpienia odgrywa pewną rolę, lecz, gdy miazga znajduje się w stanie przeczulicy, ząb znacznie silniej reaguje na wpływy zewnętrzne Nadwrażliwość bywa czasami do tego stopnia bolesna, iż przeszkadza przyjmowaniu pokarmów, rzadko jednak prowadzi do obumarcia miazgi. Autor poleca we wszystkich przypadkach przeczulicy uśmiercenie miazgi i zaplombowanie przewodu korzeniowego.

Zapalenie miazgi wsteczne. Obumarcie miazgi, obserwowane w ropocieku zębodołowym, nie występuje we wszystkich zębach, gdyż spotyka się żywą miazgę w zębach, których część korzenia (w ostatniem stadjum choroby) złączona jeszcze jest ze szczęką.

W przypadku, gdy miazga obumiera dopiero w ostatniem okresie choroby, zmianę tę uważać należy jako powikłanie ropocieku zębodołowego. Niektórym się wydaje, iż obumarcie miazgi w danym przypadku jest następstwem wyżej wspomnianej przeczulicy. Tak jednak nie jest; obumarcie jest zwykle następstwem pulpitis retrogradis lub pulpitis tropho-vesicular. (zob. niżej).

Pulpitis retrogr. występuje wyłącznie w zębach wielokorzeniowych Jest ono następstwem zapalenia miazgi w okolicy wierzchołka jednego korzenia zęba i to wówczas, gdy ropociek zniszczył już zębodół aż do wierzchołka i wytworzył kieszeń dziąsłową; miazga korzeniowa przy wejściu przez apex ulega zakażeniu, przechodzi w stan zapalny, który szybko przenosi się i na miazgę koronową.

Autor cytuje następujące ciekawe zjawisk : Jeśli trepanować ząb z pulp. retrogr., można zauważyć, iż podczas, gdy miazga jednego korzenia obumarła, miazgi pozostałych korzeni tegoż zęba żyją i są wrażliwe.

Do zębów, w których pulp. retrogr. najczęściej występuje, należą górne trzonowce. Ich właśnie korzenie podniebienne bywają zupełnie obnażone Wogóle, pulp. retrogr. występować może we wszystkich zębach wielokorzeniowych; autor wskazuje nawet na dolne trzonowce i górne dwuguzkowce o 2 korzeniach, przyczem zwykle wokoło jednego z tych korzeni tworzy się kieszeń dziąsłowa, sięgająca końca korzenia. W górnych trzonowcach proces obejmuje przeważnie korzeń podniebienia, są jednak przypadki, kiedy ten rozpoczyna się w korzeniach policzkowych.

Pulpitis retrogr., jak zaznaczono, występuje wyłącznie w zębach wielokorzeniowych, bowiem warunek powstawania tegoż stanowi obnażenie korzenia aż do orificium apicis, co nie może mieć miejsca przy zębie jednokorzeniowym, bowiem obnażenie wierzchołka takiego zęba, wywołane ropociekiem, daje się stwierdzić jednocześnie z wypadaniem zęba. Tem również się tłumaczy fakt, iż miazga pozostaje żywą aż do ostatniego okresu choroby. Ponieważ zmiany patologiczne w okolicy wierzchołka korzenia zęba, objętego ropociekiem zębodołowym, należą do ostatecznych zmian wywoływanych tą chorobą, przeto początek ropocieku nie należy szukać ani w miazdze, ani też w którymkolwiek punkcie blizko wierzchołka korzenia.

Pulpitis tropho-vesicularis z następnem obumarciem miazgi nie jest następstwem rozszerzającego się obnażenia korzenia, sięgającego miazgi, jak przy pulp. retrogr.; w tym przypadku miazga ulega zmianie wskutek poważnego procesu, którego podstawą stanowią przeszkody w odżywianiu; charakterystycznem jest, że przy tej postaci zapalenia miazga przez próchnicę, czy też inną pośrednią lub bezpośrednią drogą, znajduje się zawsze w styczności ze światem zewnętrznym. Ta forma zapalenia może występować w zębach jedno- i wielokorzeniowych, daje się tylko zauważyć w pierwszym lub drugim okresie choroby w przeciwieństwie do pulp. retrogr.; występ. tylko wówczas, gdy już ropociek zębodołowy znacznie się rozwinął. Różnicę widzimy przy trepanacji zęba z pulp. tropho-vesicular, a mianowicie, przy tej formie zapalenia miazga wszystkich korzeni jest w jednakowym stanie, podczas gdy przy pulp. retrogr. miazga w jednym korzeniu (podnieb.) znaczniejszym ulega zmianom, aniżeli w pozostałych.

Co się tyczy leczenia wszystkich postaci zapalenia miazgi, to autor zaleca trepanację, uśmiercenie miazgi i t. d. Przy pulp. retrogr. zaleca nawet rezekcję korzenia.

W ostatnim rozdziale artykułu autor omawia wpływ, jaki wywiera uśmiercenie miazgi na ogólny stan ropocieku zębodołowego i dochodzi ostatecznie do następnego wyniku:

a) wszystkie zęby, w których miazga we wcześniejszym wieku, t. j. przed wystąpieniem ropocieku zębodołowego, obumarła lub też uśmiercona została, zdolne są do stawiania oporu ropociekowi zębodołowemu,

b) przeciwnie zaś, uśmiercenie miazgi zębów, objętych już ropociekiem, nie wywiera żadnego wpływu na proces choroby.

L. Winnykamień,
(Biała Podl.)

3) **Choroby narządu wzrokowego a zęby**. Sprawę tą ostatnio omówił prof. Adam (Deutsce Monatsschrift f. Z-de z. 8 r. XXXVI). Górna szczęka stanowi pomost pomiędzy jamą ustną a oczodołem. Dolna ścianka ostatniego stanowi jednocześnie górną ścianę zatoki szczękowej, a wyrostek zębodołowy górnej szczęki tworzy wraz z przednią jej powierzchnią, stanowiącą część dolnego brzegu oczodołu, bezpośrednie połączenie pomiędzy jamą ustną a oczodołem. Niekiedy istnieją kanaliki kostne, idące od zębodołów kłów i dwuguzkowców poprzez kostną substancję górnej szczęki do sinus lacrimalis.

Okostna przedniej powierzchni górnej szczeki bezpośrednio przechodzi z brzegu i wewnętrznej powierzchni zębodołów na okostną dolnych i bocznych ścian oczodołu. Ten ścisły związek anatomiczny pomiędzy jamą ustną a oczodołem podtrzymywany również jest przy pośrednictwie tętnic i żył. Tętnice tak jamy ustnej, jak i oczodołu, pochodzą od a. maxillaris, zaś żylny splot jamy ustnej posiada przechodzące poprzez sinus maxillaris zespolenia z żyłami twarzy i oczodołu; drobniejsze gałązki żylne przechodzą również poprzez dolną ścianę oczodołu i znajdują się w związku ze splotem żylnym zatoki szczękowej i jamy ustnej.

Naczynia chłonne stanowią bezpośrednią komunikację pomiędzy jamą ustną a oczodołem. Druga gałaź nerwu trójdzielnego wreszcie zaopatruje w gałązki tak zęby, jak oczodół.

Wszystko to stwierdza niezbicie związek pomiędzy schorzeniami oczu i zębów.

Choroby zapalne oczu często spowodowane są cierpieniami zębów. Zapalenia ozębnej górnych zębów wywołują obrzmienia, przechodzące poprzez policzek na powiekę a nawet na spojówkę. Rzadkie, wprawdzie, przetoki zębowe w kącie oka często mieszane są z przetokami woreczka łzowego; rozpoznać je można podług tego, iż umiejscowione są bliżej grzbietu nosa, i że do tego rodzaju przetok zgłębnik przenika znacznie głębiej. Nader rzadkie sę przetoki zębowe u zewnętrznego kąta oka.

Najczęściej spotykanem schorzeniem, stwierdzającem związek pomiędzy jamą ustną a oczodołem, stanowi **ropówka oczodołu** (phlegmone), atakująca tkankę miękką tegoż na pewnym ograniczonym uczątsku w postaci ropnia oczodołowego, lub też jako rozlany proces zapalny. Ropówka oczodołowa nader często bywa wywoływana schorzeniem zatoki górnoszczękowej, a według Birch-Hirschfelda z liczby 89 ropniaków zatoki szczękowej (empyema anthri Highmora) 59 zostały wywołane chorobami zębów.

Najniebezpieczniejszą, zwykle kończąca się śmiercią, stanowi skrzeplina, zatykająca żyłę oczną (thrombus venae ophtalmicae) z rozprzestrzeniem na zatokę jamistą (sinus cavernosus). Guttman wzmiankuje o 2-ch tego rodzaju przypadkach śmiertelnych po wyjęciu zęba. Prawdopodobnie, z zakażonego zębodołu drobnoustroje przedostają się do krwiobiegu, powodując powstawanie skrzepliny, zatykającej żyły oczodołowe.

Do obszernej grupy **odruchów** zaliczyc należy przekrwienie spojówki i łzawienie przy znacznem podrażnieniu nerwu trójdzielnego,

również w ten sposób objaśniane są silne nerwobóle n. infra- i supraorbitalis, spowodowane choremi korzeniami zębów.

Zdaniem Allemanna, wiele zaburzeń tego rodzaju uwarunkowywane są uśmierconemi zębami, stanowiącemi oparcie dla mostkowych dostawek zębowych; takież zjawiska chorobowe powodują przenikające poprzez otwór wierzchołkowych ćwieczki zębów ćwieczkowych.

Nerwice (neurosis) odruchowe mogą powodować zaburzenia akomodacji. Schmidt-Rimpler obserwował w 73 przyp. chorób zębów (z liczby 100) osłabienie akomodacji. Objaśnia on to zjawisko wpływem podrażnienia nerwu trójdzielnego na narządy wydzielnicze oka i spotęgowaniem przez to wewnątrzocznego ciśnienia.

Odruchy ruchowe, jak skurcz mięśni powiek (blepharospasmus), mogą powstawać przez ucisk dostawek na określone miejsca nerwu trójdzielnego. Znane są przypadki nieskoordynowanych ruchów oczu i zezu przy utrudnionem wyrzynaniu się zębów mlecznych u dzieci krzywicowych

Zapalenie rogówki, keratitis parenchymatosa, stanowiące jeden z trzech Hutchinsona objawów przymiotu dziedzicznego, jak wiadomo, przebiega w towarzystwie zeszpeconych zębów (t. zw. Hutchinsona).

W. O.

4) K n o c h e. **Terapja rentgenologiczna ziarniniaków korzeniowych** (Deut. Mft. f. Z-de z. 4 r XXXVIII).

W przypadkach ziarninującego zapalenia ozębnej, w których środki lekarskie nie prowadzą do celu, należy uciec się do interwencji chirurgicznej: replantacji lub odcięcia wierzchołka korzeniowego Zabieg chirurgiczny często jednak jest przeciwwskazany wskutek przyczyn ogólnych lub miejscowych; do pierwszych zaliczyć należy krwawiączkę (hemofilja), miażdżycę naczyń (arteriosclerosis), wadę serca lub inne choroby, nie zezwalające na dokładne zastosowanie środków znieczulających i anemizujących. Częstsze przeciwwskazania stanowią warunki miejscowe, jak np. trudności techniczne, wzmagające się w miarę oddalenia się chorego zęba od linji środkowej, niebezpieczeństwo zranienia naczynia przy operacjach sąsiadujących ważnych narządów (n. i a. mandibularis w dolnej szczęce i antrum Highmora w górnej); wreszcie jako bezwzględne przeciwwskazanie uważane jest znaczne rozprzestrzenianie się wzdłuż korzenia ziarniniaka, który wymagałby odcięcia znacznej części korzenia, ząb więc straciłby na trwałości.

W tego rodzaju przypadkach, celem uniknięcia wyjęcia chorego zęba, a należy uciec się do innego jakiegobądź środka, i jako taki autor zaleca naświetlanie promieniami rentgenologicznemi.

Możliwość dodatniego wyniku tego rodzaju zabiegu z punktu widzenia teoretycznego wydaje się uzasadnionem z tego względu, iż ozębna w stanie zapalenia wierzchołkowego pozostaje zdolną do regeneracji, jak tego dowodzą odnośne przypadki zaniku ziarnianiaków na skutek traktowania korzeni środkami lekarskiemi.

Co się tyczy samego naświetlania, to autor posiłkował się przy dawkowaniu intensymetrem według Fürstenaua (naświetlano co 3 tyg., dając 200 jedn. F.). W 6 przyp. autor osiągnął doskonałe wyniki; w 2 z tych po 6 tygodniach po pierwszem naświetlaniu ziarniniaki

zmniejszyły się tak, iż drugiego seansu wobec rozpoczynającej się sprawy kostnotwórczej nie wykonano; w 3-ch przypadkach naświetlaniu poddawano przetoki, które uległy zamknięciu w 3 tygodnie po upływie seansu; wreszcie w ostatnim przypadku dwukrotnie naświetlano wznawiający się ziarniniak bocznego siekacza; po kilku dniach nastąpiło polepszenie, silnie rozchwiany ząb wzmocnił się.

W. O.

5) **Gingivitis et stomatitis epidemica.** Scheuer (Dzut M-ft. f Z de z. 16 r. XIX) w ciągu 8 tygodni spostrzegał 26 przypadków, a mianowicie 17 gingivitis purulenta z rozpulchnieniem powstałych kieszonek dziąsłowych i nagromadzeniem zielonawej ropy, 4 przypadki gingivitis purulenta z otarciami (excoriatio) i przykrytemi ropą wrzodzikami na dziąsłach i niekiedy na śluzówce policzka. 4 przypadki tylko wrzodzików i 1 przypadek szarawo-białego zabarwienia języka i twardego podniebienia, pokr. jakby pyłem mącznym.

Pacjenci byli w wieku 16 do 54 l. (1 chłopiec 11-letni), mieszkali w różnych okolicach Teplitz Schönau, narzekali na bóle i krwawienie dziąseł. Jako czynnik etjologiczny omawianej epidemji, autor uważa konsumowanie produktów (mleka, sera), pochodzących od krów zainfekowanych zarazą pyskową (aphtae epizooticae), aczkolwiek władze, do których się zwrócił w tej sprawie, odpowiedziały, iż zaraza w powyższej okolicy już wygasła.

Terapja polegała na przemywaniu kieszonek dziąsłowych ciepłą wodą i wkraplanie 2 3 kropel mieszaniny:

Ap. Trae jodi
Eugenoli aa 5.0
Phobrol-Roche 1.0
Ol. eucalypti 1.0

Leczenie było zawsze pomyślne i trwało od 8 dni do 3 tygodni. Czysta jodyna nie dała dobrego wyniku.

M.

6) **Dostawki zębowe u epileptyków.** Dr. Tholnek (München, Med. Woch. 38, ref. Czas. Lek. 1—1924).

Autor zwraca uwagę, iż schorzenia zębów, ich wyrzynanie się, plombowanie, usuwanie i in. zabiegi w j. ustnej, jak również wprawianie sztucznych zębów mogą być przyczyną wystąpienia napadów u epileptyków, Pewna 20-letnia panna w pierwszą noc po założeniu dostawki z zębami sztucznemi dostała typowego napadu padaczkowego. Pomimo ostrzeżenia, by dostawkę na noc wyjmowała, przez zapomnienie tego nie uczyniła, zostawiając dostawkę na noc w ustach. Podczas napadu, rzecz prosta, dostawka uległa złamaniu, i szczęśliwym zbiegiem okoliczności części nie dostały się do krtani ewent. do przewodu pokarmowego. Wobec możliwości przykrych następstw uszkodzenia dostawek u epileptyków dr. Th. zaleca skontruowanie aparatów dla tego rodzaju chorych nie z kauczuku, lecz ze stali (nierdzewiejącej Kruppa).

7) **Przypadek jednostronnego zęba Hutshinsona** opisuje dr. Lyon, (Annales de Dermatologie et Syphiligraphie z r. ub., ref. P. Gaz. Lek.

24 r. nb); jest to trzeci z rzędu spostrzegany w tej samej klinice w przeciągu 2 lat, a zatem jest rzadkością. Powszechnie przyjmuje się, że znamiona kiły wrodzonej, występujące obustronnie i umiarowo takie, jak guzki Carabella, niedorozwój siekaczy środkowych i t. p., polegają na zaburzeniach w gruczołach krewnych; czy wobec tej nieumiarowości, jak w danym przypadku, nie byłoby słuszniej przyczyny wady rozwojowej dopatrywać się w usadowieniu się krętków bladych bądźto w brózdzie międzysiecznej, bądź w zębodole?

8) **Uszkodzenia śluzówki jamy ustnej na skutek zdjęć rentgenologicznych**. Na objawy te zwrócił uwagę dr. Felix Laue w swej pracy dysertacyjnej („Schädingungen der Mundschlaumhaut durch Röntgenbestrahlung", r. 1921). Autor omówił dwa przypadki z kliniki chorób skórnych. Objawy występują później. Upośledzona funkcja ślinianki; zaczerwienie i obrzmienie śluzówki jamy ustnej, jak również suchość tej ostatniej Wszystko to prowadzi do nieprzyjemnego stanu, który powodować może przeszkody w mówieniu i żuciu. Terapja jest tu czysto symptomatyczna; zalecane jest płukanie miękką wodą, w każdym razie unikać należy nowego drażnienia mocnemi antyseptykami. W celu profilaktycznym przy zabiegach dermatologiczno terapeutycznych, zwłaszcza na twarzy, pożązane jest stosowanie promieni rentgenowskich ograniczać do minimum działania wgłąb. *M.*

9) **O raku warg i policzka** (Brewer—New York. Zjazd kliniczny Tow. chirurgów ameryk. w Bostonie 26 X. 1922 r. pg. spraw. P. Przegl. Chir. Zesz. II 1923 r.)

Poruszając sprawę etjologji raka wargi, B. przytacza ciekawe spostrzeżenie: w Kolumbji u kobiet białych powyżej lat 70 rak wargi notowano w 8 przypadkach na 100 000, gdy w 30—u murzynek, wśród których jest dużo palących faikę.

Z punktu widzenia budowy nowotworu rozróżniamy dwie postacie: rak z komórek kolczystych (carcinoma spinocelullare) i rak z komórek podstawnych (carcinoma basocelullare). Pierwszy z nich występuje albo w kształcie guzka, przypominającego brodawczak, albo pod postacią owrzodzenia. Przerzuty daje w gruczołach podbródkowych, potem w podżuchwowych, później i w innych gruczołach szyi. Przerzuty w gruczołach strony przeciwnej nie są rzadkie. Ślinianki podżuchwowe nigdy nie są zajęte w początkowym okresie.

Rak z komórek podstawnych jest schorzeniem rzadkiem. Zaczyna się pod postacią małego guzka, rosnącego powoli, który ulega owrzodzeniu, powodując niekiedy duże braki tkanki. Klinicznie różni się ta postać raka swą względną łagodnością, nigdy nie daje przerzutów w narządach wewnętrznych i nader rzadko w gruczołach chłonnych.

Rak policzka należy do rzadszych schorzeń. Według Morestina, zaczyna się on zwykle w pobliżu kąta ust, stąd szerzy się ku tyłowi i ku górze, lub ku tyłowi i ku dołowi, często przechodzi na szczękę górną, lub żuchwę i wcześnie daje przerzuty w gruczołach chłonnych. Ze 117 zestawionych spostrzeżeń tylko w 3 osiągnięto wyleczenie na przeciąg 3 lat.

Co się tyczy wyników stosowania radu, to na 70 raków wargi w 27% osiągnięto wyleczenie na przeciąg 3-ch lat, w 14%—4-lat, w 11—5-lat. Na 15 raków policzka osiągnięto 35% wyleczenia na przeciąg 3-ch lat. Leczenie operacyjne raka wargi daje wyniki znacznie lepsze, niż leczenie radem, gdy w raku, wychodzącym ze śluzówki policzka, zachodzi stosunek odwrotny.

10) **Czy gnilec (szkorbut) jest chorobą zaraźliwą?** Dr. Tenenbaum (Kurskij Wraczebnyj Żurnał 8—9, 1921 r.; ref. Polska Gazeta Lek. 35. 1922 r.) podczas epidemji gnilca wśród żołnierzy rosyjskich w r. 1921 na froncie rumuńskim zwrócił szczególną uwagę na rozwój i przebieg wzmiankowanej choroby o wiadomych objawach w jamie ustnej; obserwacje dotyczyły pewnego oddziału wojskowego i mimowoli nasunęły mu myśl o zakaźnem pochodzeniu tej choroby, której etjologja dotychczas była ciemna. Wśród 120 żołnierzy parku artyleryjskiego tylko 5 szoferów, odżywiających się dobrze dzięki pobocznym zarobkom, zachorowało na gnilec. Przebieg tej małej ogniskowej epidemji (chorowało tylko 5 żołnierzy, mieszkających razem) przedstawiał się następująco. Zgłosił się jeden, po 13 dniach drugi, brat pierwszego, który z nim jadał z jednego naczynia, po 2 tygodniach trzeci i t. d. Dwóch z nich, u których przebieg choroby był łagodny, leczono ambulatoryjnie; trzech odesłano do szpitala dywizyjnego. Na podstawie tej obserwacji i spostrzeżeń innych autorów (pewien autor rosyjski opisał epidemję gnilca wśród jeńców w r. 1915, gdzie lekarze i młodszy personel lekarski, mający styczność z chorymi, zarazili się gnilcem) dr. Tenenbaum przypuszcza, iż gnilec jest chorobą zakaźną, wywoływaną przez nieznany nam dotychczas drobnoustrój.

11) **Dwa śmiertelne przypadki znieczulenia chlorkiem etylu.** Zdaniem słynnego chirurga francuskiego, R. Villarda, chlorek etylowy stanowi doskonały środek znieczulający, w dodatku nader dogodny, jednak niebezpieczny; dlatego też zaleca przestrzeganie wielkich ostrożności przy użyciu go w praktyce. Dr. Villard opisuje 2 wypadki śmiertelne: jeden przy nastawianiu zwichniętego ramienia, drugi w narkozie ogólnej, zapoczątkowanej chlorkiem etylowym. Oba przypadki spowodowane zostały po zużyciu około 10 cm.^{3}; wystąpiły wybitne objawy uduszenia, rozszerzenie źrenic, gwałtowne wstrzymanie oddechu. Pomimo stosowanego w ciągu godziny sztucznego oddechu, nie udało się chorych przywrócić do życia (L'Union Pharm. 1923 p. 271, ref. Wiad Farm. 3 r. 1924).

12) **Zmiany przymiotowe na twardem podniebieniu.** Na V posiedz. koła naukowo-lekarskiego garnizonu Stanisławskiego dr Niemczewski przedstawił przypadek p r z y m i o t u z e z m i a n a m i n a t w a r d e m p o d n i e b i e n i u. Przypadek ten o tyle był ciekawy, że chory nie przypominał sobie wrzodu pierwotnego, ani nie zauważył wysypki na ciele. Pod wpływem swoistego leczenia zmiany luetyczne ustąpiły (Lekarz Wojskowy 2 z dn. 15.II 22 r.).

13) **Przypadek krwawiączki.** Na posiedzeniu naukowem Koła naukowo-lekarskiego lekarzy wojskowych w Siedlcach dr. Wrześniewski

przedstawił chorego, cierpiącego na krwawiączkę. Miał on po paręset razy wylewy krwawe do stawów i krwawienia z kiszek. Krwawi tak łatwo, że po pijawkach dostał wylewów krwawych do opłucnej.

W dyskusji dr. Żegota stwierdził, że sprawa krwawiączki jest niejasna, że nie zawsze można wykazać dziedziczność, przytacza przykład, że osoba pewna krwawiła dość często podczas zacięcia się, a po wyjęciu zęba miała kolosalne krwawienie; utrata krwi wynosiła prawie 1½ litra, krwawienie ustało samoistnie; wytworzył się skrzep. W kilka lat później po operacji polipów nosa i po zatamponowaniu zaczęła się sączyć krew coraz gwałtowniej, powstał krwotok, przyczyna tego krwotoku nie została wyjaśniona. Dziedziczności nie można było wykazać; prawdopodobnie, krwawienia te zależą od chwilowej przemiany materji i stanu systemu nerwowego. Jako dowód tego, przytacza inny fakt: po silnej suggestji w pewnym okresie snu hypnotycznego można wywołać zaczerwienienie, a nawet krwawienie, co się tłumaczy nierównowagą w systemie nerwowym.

Od czego zależy zatrzymywanie się krwotoków pod wpływem surowicy, na razie niewiadomo; możliwe, że są to również pewne zaburzenia nerwowe, względnie zmiany w przemianie materji.

14) **Ząb w torbieli skórzastej.** Dr. Rosenstein podczas operowania pewnej chorej na nerki stwierdził w miednicy guz twardy, który usunięto; preparat przedstawiał torbiel skórzastą z zawartością ropną, w której tkwił ząb (dawał on uprzednio cień na rentgenogramie) (Zeitschr. f. Urol. Chir. XIV, 3 i 4; Czasop. Lek. 5 r. b.).

15) **Doszczętne wycięcie języka.** Na posiedz. nauk. w dniu 18 I 1924 r. Lwowskiego T-wa Lekarskiego dr. Hilarowicz przedstawił chorą 43-letnią po wycięciu prawie doszczętnem języka wskutek raka, u której język wraz z dnem jamy ustnej po stronie prawej oraz gruczołami dał się usunąć bez pomocniczej operacji kostnej; znaczny ubytek częściowo wypełnił się sam przeciągniętą resztką języka, częściowo zamknięto go płatami skórnemi (G. Lek. 22, 1924).

16) **Kamień ślinianKowy.** Na posiedz. Koła naukowo-lekarskiego w szpitalu Polsk. Czerwonego Krzyża w Warszawie, odb. w dn. 14 I r. bież., dr. Lewensztern omówił przypadek, który dotyczył chorego, u którego twardy okrągły kamień ślinianKowy wielkości małej fasoli rozwinął się w śliniance podjęzykowej. Kamień ten był punktem wyjścia ostrej zakaźnej ropowicy dna jamy ustnej (w rodz. angina Ludovici). Sprawa ta robiła wrażenie zapalenia żuchwy pochodzenia zębowego i dopiero po wykryciu podczas operacji kamienia stwierdzono drogę, którędy przedostał się zarazek (podł. Lek. Wojsk. 16 r. II).

K.

Wskazówki praktyczne i nowe leki.

(Podług różnych źródeł).

1) **Niedorzeczne kombinacje środków lekarskich.** Od czasu do czasu wpadają nam w ręce recepty dentystów i lekarzy, mające na względzie leczenie („pędzlowanie") dziąsła **środkami ściągającemi z dodatkiem alkaloidu**, przeważnie związkami garbnikowemi i przetworami makowca (acidum tannicum, tra gallarum, tra opii).

Jak wiadomo, makowiec (opium) działanie swoje zawdzięcza całemu szeregowi zawartych w nim alkaloidów, zaś kwas garbnikowy ma własność ścinania alkaloidów, t. j. tworzenia z nim związków nierozpuszczalnych, zupełnie nie działających (z tego względu tanina bywa stosowana jako odtrutka przy zatruciu alkaloidami lub substancjami je zawierającemi.

W przypadkach powyższych więc (pędzlowanie), jak również w płukaniach „uspokajających", do składu których wchodzą nieraz odwary części roślinnych, zawierających garbnikany i alkaloid, pacjenci w razie nierozważnego wydania przez aptekarza otrzymują preparaty zupełnie obojętne, bowiem garbnikany z alkaloidami, zawartemi w makowcu, wzajemnie unicestwiają swoje specyficzne działanie. Związki garbnikowe nie mogą być jednocześnie stosowane z preparatami żelaza: półtorachlorkiem żelaza (ferrum sesquichloratum, ferropyrinum), bowiem w miejscu powstaje obojętny związek czarnej barwy—atrament. Nierozważne takie kojarzenie nieraz ma miejsce podczas tamowania krwawień z dziąseł lub krwotoków po ekstrakcjach. Czarne zabarwienie pola operacyjnego, języka i t. d przedstawia straszny obraz; przestraszeni pacjenci, posądzając nierozważnego operatora o wywołanie „zakażenia" a nawet „gangreny", zupełnie wytrąceni z równowagi, szukają pomocy u innych, którzy atramentowego czarnego zabarwienia na razie nie są w stanie zmyć Właściwa więc „doraźna" interwencja polega tylko na uspokojeniu pacjenta. Takie „obrazki" widywaliśmy. Lęk pacjenta w oczach orjentującego się dentysty bynajmniej nie jest tak straszny, jak się wydaje.

W pośpiechu więc podczas tamowania krwotoków nie należy jednocześnie lub nawet kolejno stosować taniny (acid tannicum), pyrogalasu (acid. pyrogallicum), półtochlorku żelaza per se lub w rozcieńczeniu (gazy lub waty hemostatycznej resp. „żelaznej"), ani też ferropyryny, która działa mniej intensywniej.

2). **Spotęgowane działanie jodyny (nalewki jodowej, tinctura jodi)** osiąga się przez rozpuszczenie krystalicznego jodu w wyskoku, następnie przez dodanie równych części tinctura aconiti i chloroformu; w tym samym celu dodaje się do nalewki jodowej gliceryny; jod lepiej ulega wessaniu, gdy podrażnienie śluzówki nie jest zbyt silne.

3). **Masa wyciskowa Stenta** składa się z 46 cz. sproszkowanego talku, 17 cz. laku krapowego (Kraplak—piękna czerwona farba, otrzymywana dawniej z korzenia marzanny farbiarskiej, rosnącej dziko w krajach nad morzem Śródziemnem), 24 cz. stearyny i kwasu olejowego (Oelsäure) i 19 cz. kopalu. Najpierw należy stopić kopal (I-a Sanzibarkopal), który

wylewa się na miedziany talerzyk; następnie topi się razem stearynę i kw. olejowy (5 cz. stearyny i 1 cz. kw. olejowego), kopal stopiony (lub sproszkowany) rozpuszcza się w stearynie i kw. olejowym. Następnie dodaje się talku.

4). **Do zamków kleszczy ekstrakcyjnych** nadaje się 20% kreozot w wazogenie (Kreosoti 20,0; Vasogeni 100,0).

5). **Nasycony wyskokowy roztwór kwasu salicylowego** daje dobre wyniki przy leczeniu bolesnych ran na dziąśle; bóle znikają w krótkim czasie.

6). **Czyszczenio świderków** najlepiej uskutecznia się przy pomocy nasyconego roztworu zwyczajnej sody. Naczynie szklane, np. kieliszek, napełnia się do połowy tym płynem i wkłada się w ten roztwór zanieczyszczone świderki, które w tym płynie powinny pozostawać godzinę, a nawet i dwie (przez dłuższe leżenie nie rdzewieją); po tym czasie należy je wyjąć i lekko szczoteczką do zębów wyczyścić; brud i wszelkie opiłki łatwo wtedy dadzą się usunąć; świderki będą czyste, jak nowe. Nasycony roztwór sody również nadaje się dobrze do czyszczenia krążków i końcówek korundowych, a nawet nadaje im na nowo właściwą siłę krającą. Krążki i końcówki korundowe powinny jednak pozostawać w tym płynie 3—4 godzin, t. j. tak długo, aż się wierzchnia warstwa szellaku rozpuści. Po tym czasie należy je wyjąć i w ciepłej czystej wodzie szczoteczką oczyścić; siła krająca na powierzchni wystąpi w stopniu nie mniejszym, niż u nowych świdrów.

7). **Oczyszczanie wosku**. Najprościej uskutecznia się w następujący sposób: do naczynia, napełnionego do połowy wodą, wrzuca się kawałki wosku; wodę podgrzewa się do punktu wrzenia, a jeszcze lepiej tylko do 80—90°; wosk, przetrzymany przez czas pewien w takiej temperaturze, topi się; wszelkie nieczystości, jak gips i t. p. powoli opadają na dno naczynia. Po ostygnięciu na powierzchni wody tworzy się placek woskowy, który przystaje mocno do ścian naczynia. Aby wyjąć ów placek, należy go podciąć nożem naokoło; placek łatwo wyjmuje się. Na dolnej (tylnej) powierzchni placka woskowego znajdują się jeszcze nieczystości, które, jako lżejsze od wody, nie opadły na dno. Te zeskrobuje się nożem. Chcąc otrzymać wosk jeszcze czyściejszy, musimy go przetopić powtórnie w wodzie, do której dodano nieco ałunu.

8). **Płyn do lutowania**: kw. bornego 24 cz.; boraksu 2 cz.; salamoniaku 1,2; węglanu potasu ½ cz.; wody destylowanej 200 cz. Płyn ten jest trwały i nadaje się do lutowania metalu.

9). **Przepisy z dziedziny techniki dentystycznej.** 1) Dobre złoto na przyczepki (klamry): 20 cz. czystego złota (Feingold), 2 cz. czystej miedzi, 2 cz. srebra czystego i 1 cz. platyny.

2) Łączno srebrne: 6 cz. czystego srebra, 35 cz. cyny i 5 miedzi.

3) Doskonałe złoto do robót lanych (podł. Riechelmanna): 40 cz. czystego złota, 1 cz. srebra i 3 cz. miedzi.

10) **Wywabianie plam**: 1) krwi na białych tkaninach: plamy przemywamy mocnym wodnym roztworem mydła; jeżeli po takiej manipulacji plamy nie znikną, należy je zwilżyć roztworem 10 gr. kwasu szczawiowego w 50 gr. wody, poczem przemywamy je gorącą wodą; 2) lapisu na skórze: płyn o następ. składzie: 10 gr. sublimatu, 10 gr. chlorku, amonowego (ammon. chloratum) i 80 cm.^{3} wody destylowanej; 3) od nadmanganianu potasu (kal. hypermanganicum) na jasnych materjałach wywabić można w nast. sposób: a) na plamę umieszczamy 10% rozczynu kwaśnego siarczanu sodowego (natr. bisulfurosum); po upływie 5 min. plamę maczamy w tymże rozczynie, lecz z dodatkiem kilku kropel kwasu solnego, a następnie przemywamy wodą; b) na plamę umieszczamy 10% rozczyn kwasu szczawiowego, poczem przemywamy wodą; c) plamę zwilżamy 10% kwasem solnym i przemywamy wodą.

11) **Przeciw wymiotom podczas zdejmowania wycisków** zaleca się: Eau de Cologne $^1/_{10}$ litra — Camphorae 15 gr. Bierze się kilka kropel na szklankę wody do płukania ust i gardła w ciągu kilku minut.

12) **Pulvis kal. chlorici compositus:**

Rp. Kali chlor. pulv.
Boracis pulv. ac. 12.5
Natr. chlorati 25.0
Natr. bicarb. 50.0
Mf. pulv. Do płukania,
1 łyżeczka na szklankę ciepłej wody,
(Wiad. Farm. 37 r. ub.).

13) **Euformol** firmy Parke, Davis i Co. (Londyn) — doskonały płyn formalinowy do leczenia kanałów korzeniowych i t. d. — 30 grm. płynu zawiera: Ol. eucalypti 0,002, Ol. gaultheriae 0,018, Thymoli 0,032, Mentholi 0,0054, Acidi borici 0,78, Extr. fl. Baptisiae tinctoriae (Wild Indigo) 0,075, Formadehydi (40%) 3,60.

14) **Hyperol** — stały preparat z wody utlenionej; kombinacja dwutlenku wodoru i mocznika z dodatkiem w celu utrwalenia 0,08% kwasu cytrynowego. W handlu znajduje się pod postacią krystalicznego proszku lub tabletek po 1 grm. Zawiera około 34% H_2O_2. W wodzie rozpuszcza się częściowo. Stosuje się, jako woda utleniona. Fabr. Gedeon Richter, Budapeszt (Wiad. Farm. 1924, str. 278).

15) **Adrenasol** (solutio 1 : 1000 adrenalini synthetici)—nowy preparat syntetyczny, wyrabiany, przez Warsz. T-wo Akc. Ludwik Spiess i Syn. Bywa przygotowany podług nast. recepty: 1‰ adrenalini synthetici, 0,5% chloretoni, 0,7% natri chlorati in aq. destillata c. ac. muriat. dilut. q. s. Używany m. in., 1) jak adrenalina w postaci 1‰ rozcz., jako dodatek do środków znieczulających, jak kokaina, nowokaina; ściągając naczynia w miejscu stosowania, tamuje dostęp truciźnie do organizmu i przedłuża jej działanie miejscowe; prócz tego, adrenasol ma bezpośredni wpływ na środki znieczulające, zmniejszając ich własności trujące, 2) razem lub niezależnie od powyższych środków znieczulających do tamowania krwi

przy operacjach na śluzówkach, 3) jako środek, krew tamujący przy krwawieniach miąższowych, przy stosowaniu bezpośredniem na miejsca krwawiące, o ile jednak chodzi o krwawienie z większego otwartego naczynia!

Adrenasol może być sterylizowany przez gotowanie. Miejscowo: bądź per se, bądź też 1:4 do 1:9 wody destylowanej. Opakowanie: flakon adrenasolu zawiera 20 cm.³ 1⁰/₀₀ rozczynu syntetycznej adrenaliny.

16) **Letargin** — środek miejscowo-znieczulający do celów dentystycznych w ampułkach; zawiera w 1 cm.³ 1,5 grm. Extr. hamamelidis, 0,015 grm nowocaini hydr., 0,0092 natr. chlorati, 0,0002 grm. thymoli, 0,05 grm. aq. destill. i jedną kroplę soli suprarenini hydr. 1 : 1000. Fabrykuje M. Hennig, Berlin (Wiad. Farm. 25 1924).

17) **Menthaformin** — pastylki, zawierające 0,01 formaliny, 0,05 kwasu cytrynowego, 0 005 olejku pomarańczowego i mentolu; służy do odkażania j. ustnej (Wiad. Farmaceut. 29. V. 1924). *K.*

Odgłosy.

Izby dentystyczne, partactwo dentystyczne, sprawy etyczno-zawodowe.

Doniosłe znaczenie instytucji o charakterze zrzeszeniowym dobrze jest znane. Nie mamy więc potrzeby tu się rozwodzić nad tą sprawą Zrzeszenia różnego typu, jak wiadomo, nie zawsze prowadzą do wytkniętego celu. Aczkolwiek organizacje te stały się czujnemi stróżami interesów różnych grup ludzi i stanowią skuteczny czynnik w dążeniach tychże do wytkniętego celu, jednak dotychczasowa taktyka niektórych stwierdza przebijający w ich działalności pewien egoizm, częstokroć sprzeczny z intencjami instytucji i niweczący dobre zamiary i szczere chęci bardziej czynnych jednostek, poświęcających bezinteresownie swoją pracę w imię głoszonych haseł dla dobra wspólnego.

Hasła polityczne o różnych kierunkach, walki partyjne, sprawy wyznaniowe i t. d. stanowią u nas obecnie poniekąd główne wytyczne pewnych organizacji, powstałych w celu uporządkowania różnych spraw. Cechą tych organizacji jest chęć kierowania temi sprawami i równocześnie być w pewnej opozycji w stosunku do wszelkich poczynań, z innego obozu pochodzących; uniemożliwione więc jest urzeczywistnienie wielu rzuconych projektów, które mogłyby się przyczynić do pomyślnego rozwiązania niejednego ważnego zagadnienia. Przyczyna takiego stanu rzeczy tkwi czy to w słabej orjentacji małouświadomionych zacofańców-wodzirejów, którym sprawy korporacyjne świata kulturalnego nie są znane, lub też w różnych tendencyjnych dążeniach, nic wspólnego

nie mających z temi sprawami. Zło więc tkwi w samych organizacjach, a właściwie w samem kierownictwie danej instytucji, które przedewszystkiem na pierwszy plan wysuwa kwestje polityczne. Organizacje te o charakterze partyjnym i nie bez okrasy nacjonalizmu, jak świadczy życie, nie są w stanie tworzyć jednolitych grup i nie mogą wpłynąć na uzdrowienie stosunków korporacyjnych i różnych spraw społecznych.

Jako przeciwwagę do wzmiankowanego rodzaju organizacji, w całym niemal świecie kulturalnym utworzono instytucje, stojące zdala od wszelkiej polityki, nie kierujące się żadnemi uprzedzeniami, jednocząc pod swojemi sztandarami grupy ludzi, uprawiających jeden rodzaj zawodu. W szeregu tych organizacji t. zw. izby zajmują poważne miejsce. Dzięki prawnemu poparciu rządów różnych państw, izby te obecnie stanowią niejako kamień węgielny, na którym opiera się prawidłowy rozwój życia zawodowego. Liczba tych i ich wartość rozstrzyga bezwzględnie rozwój różnych zawodów. Zdawały sobie doskonale z tego sprawy różne państwa kulturalne, które apolityczne te instytucje usilnie popierają; nie zdawał sobie czy też nie chciał zdawać sobie sprawy z tego b. rząd carski.

W Państwie naszem już niemal od pierwszej chwili jego odrodzenia, wobec usilnego dążenia różnych grup społeczeństwa do organizowania się w zrzeszenia, przeważnie o charakterze partyjnym, zwrócono uwagę na rozwijające się wszędzie pomyślnie izby, jako na instytucje apolityczne. Zapoczątkowano więc i u nas izby prawnicze, aptekarskie, lekarskie, handlowe i in. przy pewnem poparciu rządu i odnośnych grup społeczeństwa.

Tak więc pierwsi aplikanci rządu, jak również solidniejsi przedstawiciele grup zawodowych, zrozumieli doniosłość sprawy izb. Przyznać należy, iż przez urzeczywistnienie rzuconych projektów organizatorzy izb oddali Państwu większe usługi, aniżeli przez prowadzenie często chaotycznej walki i wysuwanie przez pewne grupy swoich sztandarów z obszernemi postulatami polityki partji lub stanu. Była to zdecydowana walka kompetencji z dosyć częstem nieuctwem.

To też kulturalni przedstawiciele wyzwolonych zawodów, kroczący za postępem, z entuzjazmem witali wszelkie poczynania w kierunku tworzenia izb, które również wielką odgrywają rolę w dążeniach rządu do uporządkowania różnych spraw zawodowych, społecznych i naukowych; wyeliminowana tu jest wszelka szkodliwa walka partyjna.

A wszak wiemy, iż chwila obecna szczególnie zaostrzyła przeciwieństwa partyjne. Ta nieubłagana walka przedstawicieli różnych zawodów o wręcz przeciwnych ideologjach na terenie izb zaciera się; panuje tu wszechwładnie duch pojednawczy, co przyczynia się do zrealizowania niejednego projektu z pożytkiem dla państwa i społeczeństwa. Bardziej pod względem partyjnym wrażliwe jednostki dostosowywują się tu do powstałej atmosfery i dostatecznie oceniają wartość tej placówki zawodowej, która już w ciągu krótkiego czasu z dumą. rzec można, doskonale spełnia swe zadanie.

W pierwszej linji nas obchodzą placówki, mające styczność z lecznictwem, a więc przedewszystkiem Izby lekarskie. Dzięki zabiegom solidnych obywateli kraju, odczuwających brak u nas tych orga-

nizacji, które, jak zaznaczono, wszędzie odgrywają ważną rolę w regulowaniu spraw zawodowych i społecznych, Izby lekarskie zaprojektowane zostały już w pierwszej chwili odrodzenia Polski i ostatecznie utworzone zostały w r. 1921. Na mocy dekretu marszałka Sejmu Trąmpczyńskiego prezydenta ministrów Ponikowskiego i ministra Zdrowia Publicznego dra Chodźki zatwierdzona została Ustawa w dniu 2 grudnia 1921 r. „O ustroju i zakresie działania Izb lekarskich“ (Dz. Ust. Rzp. P. z r. 1921, nr. 105, roz. 163, Monitor Polski nr. 42 z dnia 5 stycznia r. 1922). Ustawa, obejmująca 49 artykułów, dostosowana do „Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej w P. Polskiem“, samorządnie porządkuje sprawy, dotyczące interesów i bytu stanu lekarskiego, jego zadań i celów przy wykonywaniu obowiązków lekarskich względem społeczeństwa i w stosunkach lekarzy między sobą, jak również strzeżenia jego praw, godności i sumienności. Dalej Izba lekarska współdziała z urzędami państwowemi i samorządowemi w sprawach zdrowia publicznego, ustanawia samorządne urzędowe przedstawicielstwo stanu lekarskiego. Na listę Izby lekarskiej m u s z ą być zapisani wszyscy zamieszkali na obszarze danej Izby lekarze; członkowie podlegają Radzie Izby lek., która działa w ich imieniu i zastępstwie. Izby lekarskie zakładają i prowadzą urządzenia lub instytucje, mające na celu zabezpieczenie lekarzy na wypadek choroby, starości, stałej niezdolności do pracy i wogóle wypadków, wymagających doraźnej pomocy, jak również zabezpieczenia wdów i sierot po lekarzach. Izby lekarskie stanowią instytucje opinjodawcze i współdziałające z władzami rządowemi w sprawach, dotyczących wykonywania praktyki lekarskiej, zwołują powszechne zjazdy lekarskie, prowadzą ewidencję wszystkich lekarzy danego okręgu, wydają opinje na żądanie władz, pośredniczą pomiędzy członkami w nieporozumieniach i sporach, wynikłych z wykonywania zawodu, jak również pomiędzy członkami a nielekarzami, przekazują sądowi sprawy, dotyczące wykroczeń poszczególnych członków, występują wobec czynników zewnętrznych w obronie praw i dobra członków stanu lekarskiego i w interesie zdrowia publicznego.

Oto ogólny rys ustawy, obowiązującej w myśl art. 46 na całym obszarze Rzeczypospolitej Polskiej z dniem 1 stycznia 1922 r. Różne instytucje Izb lekarskich j u ż rozpoczęły swoją działalność z pożytkiem dla członków. W pierwszej linji poszły s ą d y, które ogarniają swoją kompetencją wszystkich lekarzy danego okręgu, zarówno sądem dyscyplinarnym, jak polubownym i honorowym; zestawiono ogólną listę członków, opracowano projekty ubezpieczeń lekarskich (kasy pogrzebowej i zapomogowej) i cennika, zorganizowano współudział z właściwemi władzami w sprawach podatkowych, opracowywane są różne sprawy zdrowotności, wreszcie z dziedziny deontologji lekarskiej (sprawy ekonomiczne).

W całym szeregu różnych spraw, związanych z odrodzeniem naszego państwa, sprawy, dotyczące zawodu dentystycznego (ustawa o wykonywaniu praktyki w P. Polskiem, reforma studjów dentystycznych, walka z partactwem, dentystyka szkolna, wojskowa i społeczna) stały się również aktualnemi. Sprawa I z b d e n t y s t y c z n y c h, które wzorem izb lekarskich uporządkowałyby nasze chroniczne bolączki, była przez nas wysunięta w gronie solidniejszych kolegów, oceniających powagę tego

rodzaju instytucji kulturalnych, mających już w Zachodniej Europie swoją historję. Wiedzieliśmy doskonale, iż ta tylko instytucja w drodze prawnej zdoła uporządkować nie jedną sprawę, dla której dobra walczyliśmy bezskutecznie w ciągu szeregu lat. Wiedzieliśmy, iż nikt prócz naszego ogółu zawodowców spraw naszych bronić nie będzie. Nikt nie wątpił, iż wobec uciążliwej walki o uzdrowienie naszego stanu zawodowego utworzenie Izb dentystycznych spotka się z uznaniem ogółu dentystów bez różnicy stopnia naukowego. Tylko profani, jednostki o nie zupełnie czystem sumieniu, wrogowie wszelkiej etyki zawodowej, fanatycy, krzykacze, rzekomi wodzireje, obawiający się utraty niezasłużonych foteli, „reformatorzy" zębolecznictwa w myśl Hahnemanna, dawni przyjaciele przeróżnych Zylbersztejnów, Goldwasserów, Szwarców i Zaków, znanych swego czasu w Warszawie i Kijowie podczas „rozkwitu" uczelni dentystycznej Żuka, zwolennicy niemieckich szyldów balkonowych podczas okupacji niemieckiej (umiejący obecnie udawać patrjotów pierwszej klasy), serdeczni przyjaciele dawnych naszych „przyjaciół" i dygnitarzy carskich, amatorzy szyldów z wyróżnieniem pierwszej połowy tytułu, czciciele francuzczyzny na drzwiach i biletach wizytowych, krezusi, których sprawy dentystyczne podczas niewoli rosyjskiej zupełnie nie obchodziły, gęgarze o swojej wyższości naukowej i inni tego rodzaju „potentaci" widzą w Izbach dentystycznych niepożądane placówki! Czynione są więc starania, by nie dopuścić do utworzenia tych instytucji. Puszczona jest w ruch modna obecnie maszyna wpływów, protekcyjek, silnych pleców, stosuneczków i t. d. Leitmotiv: hasło partyjno-polityczne; stąd obawa utraty wpływów wśród nieorjentujących się mas.

Jaką „usprawiedliwione" to hasło ma wartość w stosunku do izb, o tem doskonale wiedzą wszyscy, znający te sprawy, dotyczące izb zachodnio-europejskich, jak również istniejących już u nas; hasła te pozostają w jaskrawej sprzeczności z duchem samych tych instytucji apolitycznych.

Urojone obawy—to wytwór fantazji tchórzów, owych „wpływowych" wodzirejów, z niezwykłym pietyzmem siejących nienawiść i uogólniających fakty w imię osobistych interesów.

Nie jest bynajmniej tajemnicą, iż już od pierwszej chwili uzyskania naszej niepodległości na gorących orędowników w naszych sprawach zawodowych usilnie wysuwały swoje osoby jednostki, luźno z naszym zawodem złączone, osoby, które nigdy u nas nie przyznawały się do naszego ogółu zawodowców, zawsze chciały przodować, aczkolwiek niczem nie wyróżniły się; nie mówimy o owych znanych hurtownikach, którzy uprawiali dentystykę na wielką skalę. W ciężkich warunkach niewoli osoby te stały od nas zdala. Jednostki te, na szczęście nieliczne, lecz silne wpływami, obecnie bynajmniej nie dążą do zmiany frontu; przeciwnie — mając podatny grunt w krzykliwych wodzirejach, o których wzmiankowano wyżej, potęgują swoje wpływy, by nasze bolączki zawodowe utrzymać w stanie przewlekłym, zaś dla nich z pewnych względów dogodnym z punktu widzenia stanowiska społecznego. I ci działacze zwłaszcza, korzystając ze swych wpływów na nasze sprawy zawodowe, usiłują przeszkodzić utworzeniu izb dentystycznych, widząc jednocześnie wszelkie dodatnie cechy swoich izb lekar-

skich, do których należą z obowiązku korporacyjnego! Nazwiska najenergiczniejszych w tym kierunku „działaczy” z pośród doskonale umiejących szykanować naszego brata przy każdej nadarzającej się sposobności, są dobrze znane. Ci dawni wykonawcy ogólnej medycyny, znani meistersingery różnych zebrań lekarskich i społecznych, grają podwójną rolę. Mając swoje izby lekarskie, które zdolne są regulować w drodze wpływów prawnych własne bolączki, pragną oni podtrzymywać istniejący w naszym zawodzie chaos, dzięki któremu partactwo kwitnie, narażając na szwank cały ogół dentystów polskich bez różnicy stopnia naukowego, stanu, wyznania i stanowiska społecznego. „Qui veut la fin, veut les moyens“.

Widzimy więc, iż w chwili tak ważnej dla naszego zawodu różne czynniki demagogiczne ślepo popierają się wzajemnie, imając się haseł i metod partyjno-politycznych, któremi usiłują zastraszyć pewne małoorjentujące się sfery oraz małouświadomionych swoich popleczników. Rezultatem tej polityki straszenia „ideowego“ jest niezdecydowane stanowisko niektórych kompetentnych władz co do konieczności utworzenia izb dentystycznych.

Garstka więc wpływowych demagogów pragnie sprawę izb odłożyć do „odpowiedniejszych” czasów, usilnie dążąc narazie do rozwoju swego partyjnego organizmu, zaś w monstrualnie rozwiniętej głowie tego cherlaczego organizmu rozwija się pomyślnie przerażająca próżnia...

Nie można ominąć milczeniem faktu nader charakterystycznego: różni karjerowicze urzędowi, zwolennicy ideowych straszaków, starają się widocznie być w zgodzie z „polityką” niepowołanych aranżerów, frymarcząc swojemi przekonaniami i wiedząc, iż dzięki tej wspólnej metodzie najłatwiej zyskać sympatję pewnych konsolidacji politycznych.

Smutny to fakt, iż nikła grupa wsteczników, megalomanów, niezasłużonych przodowników w naszym zawodzie, milczących patrjotów i działaczy w czasie niewoli, grupka chciwych amatorów rubelka, markówki lub złotóweczki bez różnicy pochodzenia, gronko „rycerzy“ nie bez skazy, krzykacze, widocznie, o niezupełnie czystem sumieniu, fałszerze opinji, analfabeci w naszym świecie naukowym i zawodowym wraz z niektóremi mizerotkami urzędowemi działają destrukcyjnie ze szkodą dla Państwa, społeczeństwa i zawodu!

Względy partyjno-polityczne tych wsteczników górują nad wszelką kulturą.

A gdzież jest kultura całego narodu polskiego, która bynajmniej nie idzie w parze z dążeniami wstecznemi jednostek, gloryfikujących swoje nikłe czyny, oparte na zaślepieniu i samolubstwie, uważających siebie niesłusznie za ośrodek społeczeństwa, zaś dobro zawodu za swoją wyłącznie własność?

Wyższe władze nasze, które bezwzględnie doniosłe znaczenie izb dentystycznych należycie oceniają, nie mogą i nie winny kroczyć po torowanej przez nielicznych politykinierów - demagogów drodze, prowadzącej do niebezpiecznej przepaści.

Przy ocenie wartości i znaczenia omawianych instytucji należy bezwzględnie brać pod uwagę te wyjątkowe warunki, w jakich reorganizuje się nasza specjalność.

Jak i inne dziedziny naszego życia społecznego, zawód nasz, tak upośledzony w okresie zaborczym, wymaga znacznego wytężenia sił, by dorównać innym krajom kulturalnym. Poprzednie ustawodawstwo dentystyczne, jak wiadomo, nie odpowiada obecnym potrzebom. Nie możemy imać się bezkrytycznie wzorów obcych, które nie zawsze odpowiadają naszym wymaganiom. A należy przyznać, iż zawód nasz obecnie więcej zmagać się musi z różnemi rodzimemi bolączkami, wymagającemi swojskiego leczenia.

Najwyższy czas skończyć z rozwielmożniającem się zewsząd partactwem, bałamutnemi a częstokroć oszukańczemi reklamami, czas zdobyć sobie zasłużone stanowisko społeczne i prawne, skłonić odnośne czynniki miarodajne, by liczono się z naszym zawodem, jako ze stanem wyzwolonym. Nie istnieją tu bynajmniej przepaści nie do przebycia. Należy raz skończyć z t. zw. reformą studjów dentystycznych, która to bolączka tak jest gmatwana dzięki osobistym kaprysom niektórych powag, zawzięcie broniących swego ja. Pomimo tęgich umysłów, stoimy na miejscu.

Dentystyka, jak wiemy, zwłaszcza ostatnio, szybko kroczy naprzód. Postępem szczycić się mogą wszystkie jej dziedziny. W życiu praktycznem jednak często niewiadomo, czy pojęcie o postępie pojmowane jest niewłaściwie, czy nadużywane, czy też eksploatowane w sposób, wkraczający w dziedzinę partactwa. Każdy z nas nieraz miał możność przekonania się, iż powyższe zjawiska podkopują podstawy wszelkiego postępu i podrywają zaufanie do nas. A przyznajmy otwarcie, iż nie wszystkie winy należy walić na innych; dobro społeczeństwa i zawodu każe nam prawdzie zajrzeć w oczy.

Nadmierne używanie nieszlachetnych metali w jamie ustnej dotychczas jest tolerowane, pomimo bezwzględnej szkodliwości, wbrew mniemaniu zwolenników tych metali; stanowi to poważną plamę na sumieniu wszelkich hurtowników-dentystów. Tu bynajmniej w grę nie wchodzi kwestja niezamożności pacjenta lub jego zgody. W praktyce ogólnolekarskiej mamy aż nadto wiele przykładów zgody pacjentów na różne niedozwolone i szkodliwe zabiegi. A tam zgody tej nikt nie uogólnia, zaś zadośćuczynienie tej „zgodzie" słusznie karane jest w drodze sądowej. Nie można się powoływać na fakt, iż w wielu przypadkach niema złej woli, lecz zwykła nieświadomość.

Że sprawa nadużycia nieszlachetnych metali w jamie ustnej nie jest bynajmniej bagatelną i stała się bezwzględnie aktualną, dowodzi fakt, iż wśród techników, zwłaszcza młodszych, metale te stały się chlebem powszednim. Jak świadczyć mogą niektórzy składnicy dentystyczni, sprzedający metale nieszlachetne wprost na kg., uczniowie lub początkujący technicy niemal codziennie wyrabiają dla siebie, t. j. dla swoich pacjentów, po 15—20 gilz na korony z metalu nieszlachetnego!! Jak arcydzieła te są stosowane, o tem lepiej nie mówić.

Nie chcemy tu przytoczyć zbyt ostrego terminu, znanego w kryminalistyce, dla obrońców tych „dobroczyńców" ludzkości, przeróżnych „hurtowników" metali nieszlachetnych, którzy „udostępniają" dobrodziej-

stwa dentystyki nowoczesnej niezamożnym warstwom społeczeństwa. Argument, twierdzący, jakoby wskutek tych metali dotychczas jakoś nie umarł, a przytaczany przez różnych „obrońców“, nie wytrzymuje bynajmniej krytyki. Fakty szkodliwego działania tychże metali, spostrzegane w praktyce przez wielu pzaktyków: dentystów i medyków— są znane.

A mimo to czynniki miarodajne dotychczas milczą, a nawet zjawił się podobno nowy obrońca w osobie pewnej powagi dentystycznej ze świata „kierowniczego“.

Korony i dostawki mostkowe różnego rodzaju, jak wiadomo, stanowią poważny postęp w dziedzinie techniki protetycznej. Zastosowanie tychże jednak ma ścisły związek z szeregiem wskazań, które solidni praktycy zawsze mają na względzie. Cóż jednak często się widzi? Wskazania te są zupełnie ignorowane; nie sądzimy, iż wskutek braku świadomości. Zęby rozchwiane i to nie w pierwszym stopniu używane są jako filary oporowe do mostów! Dostawki mostkowe osadzane są na niewyleczonych pniach (!!), nieraz w drzebiegu zapalenia, w obecności znacznie rozrośniętego dziąsła, również korony na znacznie rozchwianych zębach ropociekowych. Mosty tego rodzaju, jako stałe, doskonale się poruszają i to nie w jednym kierunku!

Jakie są wyniki tego rodzaju protezowania—o tem lepiej nie mówić.

Naświetlanie zębów w celu ich „bielenia“ przy pomocy różnego rodzaju lamp o działaniu promieni lub też prądu (wysokiego napięcia) ostatnio bywa coraz szerzej stosowane. Jak wiadomo, metoda ta terapeutyczna uznaje pewne wskazania. Naświetlanie niewiele lub wcale nie pomaga np. w przypadkach ciemnego zabarwienia zęba naskutek działania rozczynów soli metali lub amalgamatów. Odcień zabarwionego wskutek tego rodzaju działania metali odrazu rzuca się w oczy. W przypadkach tych co do zastosowania tego lub innego rodzaju lampy lub źródła prądu elektrycznego o wysokiem napięciu nie może, zdaje się, być prowadzona dyskusja. A jednak, gdy przypadki takie są przez orjentującego się praktyka wyeliminowane, inni, pragnący widocznie uchodzić w oczach nieorjentującego się pacjenta za powagi, kwalifikują je do zastosowania tej metody terapeutycznej. A wynik? — strata materjalna, prądu, czasu, ucieczka pacjenta i podróż powrotna do poprzedniego „profana“, nie umiejącego świecić nowowynalezionemi lampami...

Sprawa miejscowego znieczulania. Elementarne wiadomości o injekcjach obejmują szereg przeciwwskazań do zastosowania tego dobrodziejstwa. Nie miejsce tu się o tem rozwodzić. Gdy jakiś solidny operator słusznie nieraz odmawia wobec wyraźnie istniejącego przeciwwskazania, czy to ogólnego (słabe tętno, znaczne ogólne osłabienie, nadwrażliwość pacjenta i t. d), lub też miejscowego (daleko posunięta sprawa ropna kości, znacznie rozchwianie zęba, możliwość łatwego usunięcia tegoż), zjawi się inny, który istniejący stan zignoruje. A wynik? — wstrząsy, kollapsy, ciężkie omdlenia, znacznie pogorszenie stanu miejscowego i t. d. i t. d.

Czyny te bez wątpienia wkraczają w dziedzinę błędów zawodowych, mogących nieraz pociągnąć za sobą poważne następstwa dla ignoranta, pragnącego uchodzić za powagę przedniego gatunku...

Reklamy niektórych dentystów i techników dentystycznych, cały szereg szyldów szynkowych—oto bolączki, trapiące nasz zawód od dawna. Ile atramentu i papieru już zużyto na bezowocne walki z tego rodzaju plagą i hańbą naszego zawodu.

Istnieją przepisy, regulaminy w tej sprawie, lecz coraz jakaś nowa parszywa owca uczyni bydlęcy skok, wytęży tępą mózgownicę i ryknie na nową „nutę". Te parszywe owce nie dadzą się ujarzmić żadnemi godziwemi sposobami. Właściwe ich miejsce musi im być wskazane. Wyeliminowanie ich z szeregu solidnych i sumiennych praktyków w drodze prawnej — to jedyny sposób tłumienia oszukańczych wybryków tego lub innego rodzaju.

Organizacje Izb dentystycznych, jako instytucje apolityczne o cechach prawno-społecznych, będące bezwarunkowo pomysłem pięknym i realnym w warunkach naszej opłakanej rzeczywistości, mogące spełniać funkcje doniosłe i poważne, obejmujące wszystkich przedstawicieli naszego zawodu, którzy prawnie tej podlegają, mogą niezaprzeczenie zwalczać wszelkie partactwo tego lub innego rodzaju; przyczyni się to tylko do spotęgowania zaufania społeczeństwa do naszego zawodu.

Trzeba chcieć... Trzeba zwalczyć wszelkich wsteczników „ideowych", obawiających się własnego cienia, również tych opinjodawców-medyków, należących do swojej Izby lekarskiej, dążących przy poparciu nieorjentujących się jednostek do dalszego poniewierania naszego zawodu i obniżenia jego wartości w oczach społeczeństwa, pragnących podtrzymywać istniejący ze szkodą dla Państwa chaos w naszym zawodzie i korzystających zupełnie niezasłużenie z poparcia swoich popleczników.

Tylko izby dentystyczne drogą zwalczania partactwa i nieetycznych wybryków przeróżnych niesumiennych aferzystów mogą w interesie społeczeństwa sprawę pomyślnie rozwiązać. Jest to zadanie, wprawdzie, trudne, lecz nader ważne. Należy stanowczo uniezależnić się od wszelkich życzliwych i stronnych w imię swoich interesików „opiekunów"; musimy bezwzględnie wywrzeć pewną presję na konieczność utworzenia tak pożądanej instytucji. Tylko nasz bezpośredni współudział i kontrola w naszych sprawach zdoła zaprowadzić w drodze prawnej pewien ład...

Nikt nie winien się liczyć z bezmyślną „opinją" przeróżnych „doradców". Ich opinja, niezgodna z dobrem społeczeństwa i Państwa, nie może być uważana za decydującą. Nie wątpimy, iż zdrowo i po obywatelsku myślące grono poważnego elementu naszego dobrze orjentującego się społeczeństwa bezwzględnie poprze nasze dążenia.

Dziś, kiedy Rząd przystąpił do regulowania funkcji różnych urzędów, sprawa utworzenia Izby dentystycznej w Rzeczypospolitej Polskiej staje się coraz aktualniejszą. Dlatego też nie „opinje" rzekomych wodzirejów, o których wzmiankowano, winny decydować o tak doniosłej sprawie. Biurokratyczny system rozwiązania sprawy daleko nas nie zaprowadzi. Sejm bezwzględnie zadecyduje w sensie pomyślnym o tej sprawie.

To też przedewszystkiem do tegoż Sejmu w omawianej sprawie zwrócić się należy. Żaden z posłów nie pójdzie za dobrze znanym podszeptem.

Dobro sprawy musi zwyciężyć!...

Nazwisk różnych wsteczników nie podajemy, nie chcąc ich ośmieszać w oczach całego świata kulturalnego.

Wiemy zgóry, iż głos powyższy nie przypadnie do gustu naszym „życzliwym“. Nad wszelkiemi jednak osobistemi sprawami, jak dotychczas, przejdziemy do porządku dziennego.

Nas obchodzi dobro dentystyki polskiej, zawodu, Państwa i społeczeństwa...

Kr.

Listy do redakcji.

Szanowny Panie Redaktorze!

Uprzejmie proszę Sz. Pana Redaktora o umieszczenie w „Kronice Dentystycznej“ poniższego:

Istniejące na terenie Państwa Polskiego związki i stowarzyszenia dentystyczne w dążeniach i celach swych, ujętych w ustawy i statuty, z punktu widzenia chwili obecnej daleko odbiegają od wymagań tejże.

Sprawy, dotyczące ściśle bytu materjalnego dentysty, wcale nie znajdują tam swego wyrazu. Społeczna organizacja pomocy dentystycznej dla szerokich warst ptacujących, istniejąca w postaci Kasy Chorych, nasuwa mi pewne refleksje. Otóż instytucja ta, zataczając coraz szersze kręgi działalności swej, obejmuje coraz większe warstwy społeczeństwa naszego. Z dobrodziejstw tej instytucji, jak stwierdza zmniejszająca się z każdym dniem frekwencja pacjentów w gabinetach prywatnych, korzystać poczynają prawie wszyscy jej członkowie.

Lekarzowi więc prywatnemu pozostają pacjenci, nie należący do Kasy Chorych, a tych jest przecież znikoma mniejszość.

Należałoby nam cieszyć się z tego, iż ziściły się nareszcie marzenia wielu naszych praktyków, którzy poświęcili bardzo wiele energji i pracy sprawie uprzystępnienia korzystania z dobrodziejstw wiedzy lekarskiej szerokiej warstwie ludu pracującego. Lecz ta właśnie radość zaiste nie może być zupełną, przynajmniej dla wielu praktyków, nie pracujących w Kasie Chorych.

Widmo nędzy zaglądać zaczyna w oczy tych kolegów, których pacjenci składają się z rzesz pracujących. Przecież szalejąca drożyzna zabiera coraz więcej pacjentów, nawet takich, którzy darzą nas bezwzględnem zaufaniem,

Również nie należy zapominać o działalności techników dentystycznych, którzy nie ponoszą wielkich wydatków na utrzymanie i prowadzenie swego „przedsiębiorstwa“, skutecznie z nami konkurują, wydzierając nam stopniowo technikę dentystyczną. Panowie ci nie zadowalniają się zyskami, z techniki płynącemi, ale uprawiają i zębolecznictwo.

Również do zmniejszenia ilości pacjentów w gabinetach prywatnych przyczyniają się koledy, pracujący w Kasie Chorych, bowiem pacjentów, którym należy wykonać protezy, kierują do swoich gabinetów.

Nie będzie w tem żadnej przesady, jeżeli powiem, iż trzeba już wyjątkowych okoliczności, aby zwrócono się do nas o poradę względnie o pomoc.

Jeżeli tak dalej pójdzie, dojdziemy do zupełnej pauperyzacji.

Zapewne nie jeden z kolegów słyszy u siebie w gabinecie tego rodzaju dictumi: „Mąź mój leczy się w Kasie Chorych, tylko ja nie mam czasu wyczekiwać godzinami, przeto i t. d.".

Otrzymanie zaś posady w Kasie Chorych jest to pia desideria; o tem każdy z nas wie i o tę się nie stara. (Patrz Kronika Dentystyczna № 10, październik 1923 r.). Ma tu do powiedzenia protekcja i znajomości, a nie praca wieloletnia i fachowa znajomość rzeczy. Ze szkodą dla chorych nie dopuszczani są ludzie, którzy zasłużyli się na tem polu.

Zresztą, świadczą o tem, co się dzieje w Kasie Chorych i na jakim poziomie znajduje się tam pomoc dentystyczna, narzekania pacjentów, którzy zwracaja się następnie do poszczególnych kolegów.

Na Zachodzie Europy Kasy Chorych istnieją zgoła na innych zasadach, mianowicie, do tej instytucji może należeć każdy lekarz. Pacjenci zwracają się bezpośrednio do tego lekarza, do którego mają zaufanie. Nie są więc narażani na kilkogodzinne wystawanie „w ogonkach".

Niema lekarzy uprzywilejowanych. Mając więc zachwiany budżet, lekarz ma otwartą drogę ratunku. U nas zaś pomocy żadnej nigdzie nie znajdzie.

Związki zawodowe i stowarzyszenia dentystyczne, jak wyżej zaznaczyłem, sprawie bytu materjalnego mało udzielają uwagi. Nie widać żadnych usiłowań w tym kierunku ze strony odnośnych zarządów naszych korporacji!! Sprawa jest nader pilna i nagląca, gdyż stanowi groźne memento dla każdego z nas.

Łącząc wyrazy prawdziwego
szacunku i poważania

Aleksander Kohn (st.)
lek.-dent.

Kronika i sprawy zawodowe.

= **Osobiste.** Dyrektorem Państwowego Instytutu Dentystycznego obrano prof. H. Wilgę, a wicedyrektorem prof. S. Dzierzgowskiego.

Dr. Marjan Żeńczak, I starszy asystent oddziału protetycznego Instytutu dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, powołany został na zast. prof. w Państwowym Instytucie dentystycznym w Warszawie z dn. 1 I r. 1924. Dr. Żeńczak objął kierownictwo działu techniki protetycznej.

= **Mianowanie.** P. Prezydent Rzpl. postanowieniem z dnia 17 III 1924 r. zamianował dotychczasowego kierownika Państwowie szkoły hygjenicznej, dra Czesława Wroczyńskiego, generalnym dyrektorem Służby Zdrowia. W dniu 21 III r. b. nowomianowany dyrektor objął urzędowanie.

= **Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 18 stycznia 1924 r. w przedmiocie kompetencji Ministra Zdrowia Publicznego.** Na zasadzie art. 2 Ustawy z dnia 28 listopada 1923 r. o zniesieniu Min. Zdrowia Publicznego (Dz. U. R. P. № 131 poz. 1060 zgodnie z uchwałą Rady Ministrów z dnia 14 stycznia 1924 r. zarządzam co następuje:

§ 1. Sprawy, podlegające dotychczas kompetencji Ministra Zdrowia Publicznego, przechodzą do kompetencji Ministra Spraw Wewnętrznych z wyjątkiem spraw, wyszczególnionych w § 2 niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Do kompetencji Ministra Pracy i Opieki Społecznej przechodzą następujące sprawy z kompetencji Ministra Zdrowia Publicznego (art. 2 Zasadniczej Ustawy Sanitarnej z dnia 19 lipca 1919 r. Dz. P. P. P. № 63 poz. 371):

1) lekarska opieka nad dzieckiem i macierzyństwem bez eugeniki i szpitalnictwa (p. 3 Zas. Ust. San.),

2) współdziałanie w sprawach lekarskiej opieki nad inwalidami i kalekami (p. 5 Zas. Ust. San.),

3) sprawy osiedleńcze bez hygjeny i sanitarnej inspekcji mieszkaniowej (p. 10 Zas. Ust. San),

4) sprawy hygjeny pracy w przemyśle, górnictwie i rzemiosłach, w komunikacji lądowej i wodnej, z zastrzeżeniem współdziałania Ministra Spraw Wewnętrznych, oraz odnośnie do przedsiębiorstw państwowych również i innych Ministrów, pod których zarządem znajdują się te przedsiębiorstwa (p. 12 Zas. Ust. San.),

5) sprawy opiekuńcze instytucji i towarzystw o celach leczniczych i hygjenicznych (p. 21 Zas. Ust. San.).

§ 3. Uprawnienia Ministra Zdrowia Publicznego w tych ustawach i rozporządzeniach, których wykonanie jest przekazane Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej względnie Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Zdrowia Publicznego przechodzą, co do spraw wymienionych w § 2 niniejszego rozporządzenia, na Ministra Pracy i Opieki Społecznej.

§ 4. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Prezydent Rzeczypospolitej S. Wojciechowski.
Prezes Rady Ministrów W. Grabski.
Minister Spraw Wewnętrznych Sołtan.
Minister Pracy i Opieki Społecznej L. Darowski.

= **Ze spraw wojskowych.** Szefem Departamentu VIII San. Min. Spr. Wojsk. mianowany został płk. lek. Składkowski Sławoj, b. inspektor oddziałów sanit. (po ustąpieniu dra Zwierzchowskiego).

Referent dentystyczny Min. Spr. Wojsk., major-lekarz Władysław Ostaszewski, mianowany został podpułkownikiem.

Porucznicy-lekarze-dentyści Sapiejewski Jan i Karnibad Tadeusz mianowani zostali kapitanami (Ł. W. nr. 4 1924 r. b.).

W związku z odbytą inspekcją Ministerstwo Spraw Wojsk. udzieliło pochwały mjr. lek. dent. Kazimierzowi Szapocznikowi za wzorowe prowadzenie poradni dentystycznej w Brześciu n. B.

Kol. Szapoczn. w wojnie polsko-bolszewickiej odznaczony został „krzyżem walecznych" za uratowanie w groźnej sytuacji znacznego majątku państwowego.

= **Zmarli.** Zmarł w Warszawie dr. Ignacy Maurycy Judt, przeżywszy lat 49. Zmarły należał do pierwszych pionierów rentgenologji w naszym kraju i był twórcą pierwszej na wielką skalę urządzonej pracowni rentgenologicznej. Ten dział specjalności lekarskiej prowadził na najwyższym poziomie naukowym, a prace Jego z tej dziedziny znane były w sferach lekarskich całego świata i dotyczyły wszystkich dziedzin rentgenologji.

I dentystyka miała w osobie dra Judta poważnego przedstawiciela. Należał do pierwszych współpracowników niewychodzącego już „Przeglądu Dentystycznego" ś. p. dra Dzierżawskiego, w którym umieścił kilka poważnych prac, zaś w naszem piśmie od czasu do czasu umieszczał referaty z pism zagranicznych; następnie pierwszy znacznie rozwinął u nas dział rentgenologji szczęk i zębów, traktując tę dziedzinę nie po dyletancku, lecz na wysokim poziomie naukowym, interesując się wszelkiemi zdobyczami i wprowadzając własne inowacje, które doprowadził do najdoskonalszych wyników. To też często podziwialiśmy prześliczne zdjęcia dentystyczne, wykonywane w zakładzie zmarłego; uwydatniły się w nich doskonała znajomość i poważne naukowe traktowanie tej dziedziny, a nawet pewien artyzm pod względem subtelności wykonania, stwierdzający niezwykłe zamiłowanie do obranej przez siebie specjalności.

Zmarły nosił się z zamiarem wydania podręcznika rentgenologji dla celów dentystycznych, którego dotychczas nie posiadamy, aczkolwiek mamy wychwalające siebie w tej dziedzinie powagi.

Dr. Judt zasłużył się również wiele w różnych sprawach społecznych; zasługi te dla kraju i społeczeństwa oceniła i szeroko omówiła prasa codzienna i lekarska.

Cześć Jego pamięci!

Dnia 16 VII r. b. w Krakowie nagle życie zakończył dr. Steinberg' znany i powszechnie ceniony dentysta. Znany był jako specjalista prostowania zębów i ogłosił kilka prac z różnych dziedzin naszej specjalności.

Zmarli w Warszawie:

1) dn. 31 X r. ub. dentysta Wacław Motz, współwłaściciel lecznicy przy ul. Marszałkowskiej 109;

2) dn. 10 X r. b. dentysta Grzegorz Domiljan, przeżywszy lat 54;

3) dn. 7 I r. b. lekarz-dentysta Ludwik Zacharski, przeżywszy lat 41;

4) dn. 1 V r. b dentysta Bernard Gandin, przeżywszy lat 50;

5) dn. 13 VII r. b. dentysta Leonard Kosperski, przeżywszy lat 53;

6) dn. 30 VI r. b. lekarka-dentystka Regina Halperson, przeżywszy lat 25.

W Piotrkowie dn. 14 XI r. ub. po krótkich cierpieniach zmarła lekarka-dentystka Zofja z Tamilinów Mirosławowa Kotyńska.

= **Kasa Chorych m. Warszawy.** Stan liczebny członków K. Ch. w dniu 31 V 1924 r. wynosił członków 183,324, członków rodzin 221,800, razem: 405,124 osób. Na ogólną liczbę lekarzy (chirurgów, neurologów, pedjatrów, ginekologów i akuszerów, dermatologów i wenerologów, okulistów, laryngologów, otjatrów, lek. chor płucnych, ortopedystów i lek. przychodnich, razem osób 251, wypada 64 lekarzy-dentystów.

Porad dentystycznych ogółem w mies. maju udzielono 21,257, dziennie 850 przy godzinach ordynacyjnych w ciągu miesiąca 5,243,50, przeciętnie w ciągu jednej godziny ordynacyjnej 4,05.

Pomoc dentystyczna bywa udzielana ubezpieczonym w Ambulatojum dentystycznem przy ulicy Solec 93, (gdzie czynnych jest 7 lekarzy dentystów), na Karmelickiej 29, gdzie stale ordynuje 15 lekarzy-dentystów (kierownikiem jest kol. Bachmański), w Ambulatorjum dentystycznem przy ulicy Młynarskiej 12, XI Ambulatorjum dentyst., Ambul. dentyst. przy ulicy Małej 14 na Pradze (kierowniczką jest l. d. Miałkowska), i przy ulicy Marszałkowskiej 107, gdzie w 2 poradniach udzielają pomocy dentystycznej lekarze-dentyści: Hulanicka, Klamowa, Staniszewski i Bachański (nazwisk innych kolegów, pracujących w Kasie Chorych, nie znamy). Oprócz tego, na mocy zawartej z Państwowym Instytutem Dentystycznym (Marszałkowska 116) asystent Instytutu w nagłych wypadkach udziela pomocy dentystycznej członkom Kasy codziennie w godzinach od 10 do 12; nadto czterej lekarze-dentyści od 5 do 8 przyjmują chorych na zęby.

OD WYDAWNICTWA.

Wskutek katastrofalnego spadku marki polskiej oraz szalonych cen druku i papieru, które w r. ub. rosły z dnia na dzień, jak również z przyczyny znacznych strat, spowodowanych niesumiennem postępowaniem dosyć pokaźnej liczby prenumeratorów, którzy, pomimo naszego słusznego żądania, nie uregulowali należności, lub też uregulowali ją po upływie wielu miesięcy, zmuszeni byliśmy wydawnictwo czasowo zawiesić, nie chcąc dalej brnąć w deficycie. W dodatku, żądania władzy skarbowej o koniecznośei „wykupienia" świadectw przemysłowych dla naszego wydawnictwa, również osobistego dla redaktora, a które to opłaty wraz z rożnemi dodatkami stanowiłyby pokaźna kwotę, ostatecznie uniemożliwiły dalsze prowadzenie pisma nawet w skromnym zakresie.

Jedynie więc względy materjalne spowodowały wstrzymanie dalszego wydawania pisma. Wszelkie więc złośliwe wieści, pochodzące od osób nam „życzliwych“, nie wytzymują krytyki i charakteryzują w dostatecznym stopniu oszczerców, agitujących w sferach małoorjentujących się.

Pomimo jednak znacznych strat, po mimowolnym „odpoczynku“, podejmujemy ponownie wydawanie pisma, czyniąc zadość tym kolegom, którzy dooceniają nasz organ, walczący od początku swego istnienia wyłącznie o dobro zawodu i dentystyki polskiej.

Nigdy nie dążyliśmy i nie dążymy, aby pismo było organem pewnych grup kolegów tej lub innej orjentacji.

Wyzbywszy się więc niesumiennych prenumeratorów, a mając na względzie konieczność omówienia wielu naszych spraw zawodowych, zwłaszcza w obecnej chwili, spełniamy życzenia ogółu solidnych kolegów, stojących zdala od wszelkiego krzykactwa, samochwalstwa i politykomanji, które to zjawiska szkodzą nie jednej naszej sprawie zawodowej.

Nad rozpowszechnianą na niekorzyść naszego pisma agitacją na razie przechodzimy do porządku dziennego.

Nie chcąc nikomu się narzucać, pismo nasze wysyłamy tylko tym kolegom, którzy zwrócili nam odcinki, dołączone do rozesłanych niedawno okólników.

Należność prosimy przesłać wprost do administracji lub przez pocztę w czasie możliwie najkrótszym, bowiem następny zeszyt nie będzie wysłany tym, którzy nie uregulują należności za zeszyt niniejszy.

Ponieważ zaliczenie pocztowe wymaga większego nakładu i znacznie obciąża prenumeratora, postanowiliśmy zamiejscowym prenumeratorom wysyłać pismo pod zwykłą opaską, prosimy więc tych kolegów o możliwie rychłe uregulowanie należności. Umożliwi to regularne ukazywanie się następnych zeszytów.

Ponownie przypominamy, aby wszelkie prace, przysyłane do redakcji, pisane były ręcznie wyraźnie lub na maszynie tylko po jednej stronie półarkusza, w większych odstępach międzywierszowych. W interesie pisma prosimy o niewypożyczanie zeszytów.

Biorąc pod uwagę drogi i ścisły druk, większy rozmiar kolumn, droższy papier, przesyłkę pocztową, inkasso, oraz różne niezbędne wydatki administracyjne, ustaliliśmy cenę zeszytu:

dla stałych prenumeratorów. . . . . . . Zł. 3
dla początkujących praktyków i studentów . „ 2

Uprzejmie prosimy o uiszczenie przedpłaty zgóry za bieżący kwartał (październik, listopad, grudzień), bowiem wydatki są wielkie, stałe zaś wykładanie znacznych kapitałów nie jest bynajmniej łatwe, zwłaszcza dla przedsięwzięcia, nie obliczonego na zyski. Przewidziane kwoty nie pokryją jeszcze wszystkich wydatków, związanych z wydawnictwem.